F. Häßler | R. Schepker
D. Schläfke (Hrsg.)

Kindstod und Kindstötung

mit Beiträgen von
C. C. Deutsch | J. Gunkel | F. Häßler | G. Häßler
M. Lammel | D. Schläfke | R. Wegener
S. Weirich | F. Zack | H. Zamorski

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

F. Häßler | R. Schepker | D. Schläfke (Hrsg.)

Kindstod und Kindstötung



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

F. Häßler | R. Schepker
D. Schläfke (Hrsg.)

Kindstod und Kindstötung

mit Beiträgen von
C. C. Deutsch | J. Gunkel | F. Häßler | G. Häßler
M. Lammel | D. Schläfke | R. Wegener
S. Weirich | F. Zack | H. Zamorski

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Herausgeber

Prof. Dr. med. habil. Frank Häßler
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
am Universitätsklinikum Rostock
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock

Prof. Dr. med. Detlef Schläfke
Klinik für Forensische Psychiatrie
am Universitätsklinikum Rostock
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau (ZfP)
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Weingartshofer Str. 2
88214 Ravensburg

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-028-5 (eBook: PDF)
ISBN 978-3-95466-029-2 (eBook: ePub)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Lektorat, Produkt- und Projektmanagement: Nina Heinlein, Berlin
Layout & Satz, Herstellung: Monika Laut, eScriptum GmbH & Co. KG – Publishing Services, Berlin

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Kindstod und Kindstötung waren und sind trotz unterschiedlicher juristischer, medizinischer und moralischer Bewertungen im Spiegelbild der Kunst, Literatur und Rechtsprechung zu allen Zeiten ein allgegenwärtiges Phänomen, welches durch jüngste spektakuläre Fälle eine überproportionale Medienaufmerksamkeit erlangt hat. Nahezu jeder assoziiert mit Medea die Tötung unschuldiger Kinder aus Rache am Exgeliebten, mit Susanna Margaretha Brandt, besser als Gretchen im „*Faust*“ bekannt, eine klassische Liebestragödie und mit der neunfachen Kindstötung in Brandenburg die Frage, wie so etwas unbemerkt geschehen konnte bzw. wie eine Mutter zu so etwas fähig ist. Entgegen dem durch Effekt haschende Medienpräsenz dieser Delikte suggerierten Bild sind entsprechende Fallzahlen in der Bundesrepublik Deutschland relativ gering und nahezu konstant, mit einem leichten Abwärtstrend bei über 5-jährigen und einem geringen Anstieg bei unter 5-jährigen Kindern von 2002 zu 2005. Historische Untersuchungen zeigen eine verblüffende Aktualität und Übereinstimmung bezüglich Tätertypisierungen und Tatdynamiken.

Kindstötungen lagen und liegen unterschiedlichste Motive und Konstellationen wie psychosoziale Notlagen, Ablehnung des Kindes, Schwangerschaftsverdrängung, Verheimlichung der Schwangerschaft, psychische Störungen der Mütter, Tötung aus Rache gegen den „Erzeuger“ und Mercy-killing (aus Mitleid) zugrunde.

Das vorliegende Buch will in einem weiten Bogen von kultur- und rechtshistorischen Betrachtungen, über aktuelle strafrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte bis hin zu differentiellen Phänomenen wie (tödliche) Kindesmisshandlung, Plötzlicher Kindstod und Münchhausen-Syndrom by proxy die Thematik einem breiten und interessierten Publikum (Ärzten, Psychologen, Pädagogen, Juristen, Kriminologen, Kriminalisten, Sozialtherapeuten etc.) näherbringen. Namhafte Autoren verschiedenster Professionen haben in ihre Kapitel nicht nur ihre fundierten Erfahrungen auf diesem Gebiet, sondern auch den aktuellsten Stand der internationalen Literatur einfließen lassen.

Im Namen der Herausgeber *Prof. F. Häßler, Rostock*

Inhalt

1 Kindstod und Kindstötung in der Kunst

Joachim Gunkel

„Kunst gibt nicht das Sichtbare wieder, sondern macht sichtbar." (Paul Klee)

Der Tod schien selbst aus dem Horizont der Ärzte getreten zu sein; es fehlten oft die Worte für ein so wichtiges Thema, das fast zum Tabu geworden war. Doch hat die Wissenschaft die Sprache wieder gefunden, es mehren sich die Publikationen und Vorträge zu diesem so wichtigen Thema. In seinem Buch *„Der Mensch und sein Tod – certa moriendi condicio"* (1984) erweitert Gion Condrau diese Thematik in seinem vierten Kapitel auf *„Das Sterben und Tod in Literatur und Kunst"* mit eindrucksvollen Bildern über die vergangenen Jahrhunderte bis in die Neuzeit.

Lesenswert ist die Neuauflage des so genannten „Todesbuchs": *„Der Tod in Dichtung, Philosophie und Kunst"* (1978), das von dem Pathologen Prof. Dr. med. Hans Helmut Jansen herausgegeben wurde, auch wenn die Thematik „Kind und Tod" nur wenig gestreift wird.

Bereits im Mittelalter zeigen Holzschnitte den Kampf des Arztes gegen den Tod vor allem in Bezug auf die Leibesfrucht der Schwangeren, wie sie bereits sehr eindrucksvoll von Hans Baldung Grien (1484–1545) gezeichnet wurde. Nicht nur in den *„Totentänzen"* (z. B. Lübeck, Basel u. a.) tauchen Kinder auf, die ihre Mutter festzuhalten versuchen, die der Tod entreißen will und umgekehrt. Eine ganze mittelalterliche Totentanz-Dichtung hat es gegeben.

In dem eindrucksvollen Band „*Bilder zur Geschichte des Todes*“ (1984) von Philippe Ariès wird u. a. der Tod einer Mutter und ihres Kindes in der Malerei mit dem Bild „*Death Scene*“ von Jarvis Hanks (1799–1853) um 1840 realistisch wiedergegeben.

Vereinzelt lernen Kinder (und Erwachsene) auch im *Märchen* den Tod kennen als Gestalt, Jenseitsvorstellung und in Beziehung auf Tod und Wiederkehr. In der Reihe „*Märchen der Welt*“ ist der kleine von Sigrid Früh herausgegebene Band „*Märchen von Leben und Tod*“ erschienen und die Europäische Märchengesellschaft hat ein lesenswertes Buch über den „*Tod und Wandel im Märchen*“ herausgegeben. Anlässlich der Verleihung des Märchenpreises 1989 wird *Isidor Levin* zitiert:

> *„B. Brecht sagte, was heißt eigentlich ‚Totsein‘? Tot ist, wer aufhört zu lernen. Aber lernen heißt eben, ‚sich verändern zu können‘. Die Märchen lehren uns Unsterblichkeit des jungen Helden, aber vielleicht wäre es nötig, beizeiten auch die Notwendigkeit des Sterbens zu lehren, um daraus etwas Wichtiges für das Leben zu lernen. Es ist möglich, daß just das Todesbewußtsein, der Glaube an die Sterblichkeit, den Menschen erst zum Menschen machen. Wer Märchen hört und liebt, wer auch über den Tod im Märchen nachdenkt, erlebt eine Veränderung, eine Verwandlung“.*

Auch im *Kasperlspiel (Puppenspiel)* lern(t)en Kinder den Tod kennen, er gehört(e) dazu. So lässt Wilhelm Busch (1832–1908) in seinen *Kinderbüchern* u. a. seine bösen Buben „*Max und Moritz*“ in der Mühle zu Körnern mahlen, welche die Hühner aufpicken:

> *„Hier kann man sie noch erblicken*
> *Fein geschroten und in Stücken*
> *Doch sogleich verzehret sie*
> *Meister Müllers Federvieh.“*

oder in „*Der Eispeter*“ den kleinen Peter einwecken:

> *„Jaja! In diesem Topf aus Stein, da machte man den Peter ein.*
> *Der, nachdem er anfangs hart, später weich wie Butter ward.“*

Öfter erleben Kinder erstmals den Tod bei einem geliebten Tier; gerade neue Bilderbücher zeigen auch die Beerdigung von Tieren. Der polnische Kinderarzt Janusz Korczak (ca. 1878–1942) hat seine Erinnerungen daran aufgeschrieben:

> *„Ich war damals 5 Jahre alt und das Problem war unglaublich schwer: Was war zu tun, damit es die schmutzigen, verwahrlosten und hungrigen Kinder nicht mehr gab, mit denen ich auf dem Hof spielen durfte; auf dem selben Hinterhof, wo unter dem Kastanienbaum – in Watte gebettet – in einer metallenen Bonbon-Dose mein erster geliebter, mir nahestehender Toter begraben lag, wenn es auch nur ein Kanarienvogel war. Sein Tod warf die geheimnisvolle Frage nach dem Bekenntnis auf. Ich wollte ein*

Kreutz auf seinem Grab richten, das Dienstmädchen sagte, das ginge nicht, weil es nur ein Vogel sei, also etwas Niedrigeres als ein Mensch, sogar um ihn zu weinen sei Sünde; soweit das Dienstmädchen. Noch schlimmer war, dass der Sohn des Hausmeisters feststellte, der Kanarienvogel sei Jude gewesen. Ich auch. Ich bin auch Jude und er – Pole und Katholik. Er würde ins Paradies kommen, ich dagegen – wenn ich keine häßlichen Ausdrücke gebrauchen und ihm immer folgsam im Hause stibitzten Zucker mitbringen würde – käme nach dem Tode zwar nicht gerade in die Hölle, aber irgendwo hin, wo es ganz dunkel sei. Und ich hatte Angst in einem dunklen Zimmer. Tod – Jude – Hölle, das schwarze jüdische Paradies. Es gab genug Grund zum Grübeln.“

Darstellungen der Kindstötung in der Bildenden Kunst findet man nur vereinzelt. Beeindruckend kritisch zeichnet der Maler und Karikaturist A. Paul Weber (1893–1980) die Abtreibungen in seiner Graphik „*Im guten Glauben*“ von 1955 (!) (s. Abb. 1). Den Arzt im weißen Kittel, als Esel mit riesiger Spritze abgebildet, umtanzen schwebende Skelette toter (abgetriebener) Föten.



Abb. 1 „Im guten Glauben“, Lithographie von 1955 von A. Paul Weber, Kreismuseen Ratzeburg, © VG Bild-Kunst, Bonn 2007

Der Schriftsteller Günter Grass hat zur Abtreibung ein Gedicht geschrieben:

> *„In unserem Museum – wir besuchen es jeden Sonntag –*
> *hat man eine neue Abteilung eröffnet.*
> *Unsere abgetriebenen Kinder, blasse, ernsthafte Embryos,*
> *sitzen dort in schlichten Gläsern*
> *und sorgen sich um die Zukunft ihrer Eltern.“*

Die ganze Problematik um den Verlust des *ungeborenen Kindes* beschreibt die italienische Journalistin Oriana Fallaci 1975 in ihrem Buch *„Lettera a un bambino mai nato“*, das in 15 Sprachen und 1979 ins Deutsche übersetzt wurde unter dem Titel *„Brief an ein nie geborenes Kind“*. U. a. dichtete Paul Fleming (1609–1640) 11 Strophen *„Auf den Tod eines neugeborenen Mädchens“*.

Der *Plötzliche Kindstod* findet seine Darstellung bereits im Mittelalter; Säuglinge und Kleinkinder werden vom personifizierten Tod der Mutter entrissen. Hermann Hesse (1877–1962) hat in einem Gedicht das für die Eltern Unfassbare beschrieben: „Du schliefest ein, nicht mehr zu wecken."

Auf den Tod eines kleinen Kindes

> *„Jetzt bist du schon gegangen, Kind,*
> *Und hast vom Leben nichts erfahren,*
> *Indes in unsern welken Jahren*
> *Wir Alten noch gefangen sind.*
>
> *Ein Atemzug, ein Augenspiel,*
> *Der Erde Luft und Licht zu schmecken,*
> *War dir genug und schon zuviel;*
> *Du schliefest ein, nicht mehr zu wecken.*
>
> *Vielleicht in diesem Hauch und Blick*
> *Sind alle Spiele, alle Mienen*
> *Des ganzen Lebens dir erschienen,*
> *Erschrocken zogst du dich zurück.*
>
> *Vielleicht wenn unsre Augen, Kind,*
> *Einmal erlöschen, wird uns scheinen,*
> *Sie hätten von der Erde, Kind,*
> *Nicht mehr gesehen als die deinen.“*

Aus der Geborgenheit und Verbundenheit, ja Verschmelzung vor allem mit der Mutter, die der Maler Eugène Carrière (1849–1906) wiederholt sehr eindringlich dargestellt hat, tritt der Plötzliche Kindstod ohne Vorboten ein. Daniel Chodowiecki (1726–1801) führt uns in seinem *„Totentanz: Das Kind“* vor Augen, wie der Tod als Skelett mit Flügeln den jungen Säugling davonträgt, ohne dass die Amme an der Wiege, die sie im Halbschlaf mit dem Fuß bewegt, etwas bemerkt.

Ein Bild aus „*Ein moderner Totentanz*“ (1896) zeigt den Tod als Wartefrau, die das Kleinkind in der Wiege schaukelt, während der Schutzengel bereits das Fenster öffnet, um die Seele des Kindes in den Himmel zu lassen. Darunter geschrieben wird der Tod zitiert: „Schlaf süß, schlaf süß, mein Kindelein! Wie ich singt keine Wartfrau ein. Verschlafen darfst Du alles Leid und wachest auf in Seligkeit.“ Eine andere Radierung zeigt einen den Säugling mit Brei fütternden Tod, während die Mutter hilflos zuschaut. In einem „*Totentanz*“ aus dem 16. Jahrhundert führt der Tod als Skelett das Kleinkind an der Hand von der entsetzten Mutter und dem älteren Geschwisterkind an der Feuerstelle fort.

Ludwig Uhland (1787–1862) schrieb ein dazu passendes Gedicht:

Auf den Tod eines Kindes

„Du kamst, du gingst mit leiser Spur,
Ein flüchtger Gast im Erdenland;
Woher? Wohin? Wir wissen nur:
Aus Gottes Hand in Gottes Hand.“

Dass in den Wahn getriebene Schwangere ihre *Neugeborenen nach der Geburt* töten, wird beeindruckend von Adolph Schroedter (1805–1875) mit dem Titel „*Die Kindsmörderin*“ (1832) wiedergegeben. Die barfüßige verzweifelte junge Frau hat draußen in der winterlichen Landschaft mit wildem Blick voller Entsetzen, auf Stroh und Reisig am Boden hockend, das tote Neugeborene vor sich liegen. Das zerfallene Laubengerüst symbolisiert die Zerstörung beider Existenzen (s. Abb. 2).



Abb. 2 Adolph Schroedter, „Die Kindsmörderin“, 1832, Feder und Tusche, 21,6 x 21,0 cm, Inv. Nr. K 1948–2, Düsseldorf, museum kunst palast, Graphische Sammlung

Im Gegensatz dazu nimmt die junge Mutter auf dem Ölgemälde *„Die Kindesmörderin“* (1877) von Gabriel Cornelius von Max (1840–1915) in ihrer Verzweiflung liebevoll Abschied von ihrem von ihr getöteten Kind (s. Abb. 3).

Vermutlich verwendeten Gabriel von Max ebenso wie Adolph Schroedter als Stoff für ihre Kindsmörderin die damals weithin bekannte Ballade *„Des Pfarrers Tochter vom Taubenhain“* von Gottfried August Bürger (1747–1794). Sie beginnt mit der Verführung einer Pfarrerstochter durch einen Junker. Schwanger geworden wird sie zuhause von ihrem Vater aus dem Haus geprügelt, flieht zum Schloss und begehrt, den Junker zu heiraten, doch dieser weist die Verzweifelte ab. Sie bringt wie auf dem Gemälde von Schroedter in einer Laube auf Reisig und Stroh bei Schnee und eisigem Wind das Kind zur Welt, ersticht es mit einer Schmucknadel, wird als Mörderin ergriffen und zum Tode verurteilt. Moritz Retzsch (1779–1857) hat 1840 dazu eine Umrissradierung geschaffen.

Bürgers Ballade über den Kindsmord hatte im 19. Jahrhundert durch freie Bearbeitungen und Abwandlungen eine weite Verbreitung gefunden. Auch andere Dichter des „Sturm und Drang“ behandelten den Kindermord durch die Mutter sozialkritisch wegen der Häufigkeit des Deliktes mit dem Anwachsen des Proletariats in den Großstädten durch die zunehmende Industrialisierung.

In der *Literatur* und *Bildenden Kunst* steht in Bezug auf die Kindstötung Johann Wolfgang von Goethes *„Faust“* und *„Urfaust“* an Bekanntheit ganz oben. Mit seinem „Gretchen-Motiv“ hat er zum ersten Mal diese Problematik auf weltliterarischem Niveau abgehandelt. Gretchen, die in ihrer Verzweiflung ihr Kind umbringt und im Kerker endet, wird auch vereinzelt in den Textbüchern bildlich dargestellt.

Mit *„Gretchen vor der Mater Dolorosa“* (1816) ist ein Werk aus den Bildern zu Goethes *„Faust“* von Peter Cornelius (1783–1867) unterschrieben. Es zeigt das fromme, unehelich schwangere Gretchen in der Kirche vor dem Bild der Madonna betend: „Hilf! Rette mich von Schmach und Tod! Ach, neige, Du Schmerzensreiche, Dein Antlitz gnädig meiner Not!“ (*„Faust I“*). Im Hintergrund sieht man einen Mönch, der als Vertreter der Kirche den Fehltritt Gretchens verdammt (s. Abb. 4).

In der Kirchengeschichte ist der „Kindermord“ (von Bethlehem) der erste – oft bildlich – dargestellte Massenmord an Kindern. In Rom werden diese getöteten Kinder als erste Märtyrer verehrt. In vielen Kirchen ist dieser Kindermord nach Christi Geburt mit den verzweifelten Müttern in frühen Fresken und Gemälden meist sehr realistisch dargestellt.



Abb. 3 „Die Kindesmörderin", Gemälde/Öl auf Leinwand von Gabriel Cornelius von Max, 1877, 160,5 x 111 cm, Original: Hamburg, Hamburger Kunsthalle/2243, © Bildarchiv Preußischer Kulturbesitz, Berlin, 2007, Foto Elke Walford, Hamburg, Hamburger Kunsthalle/bpk



Abb. 4 Illustration zu „Faust I" – Gretchen: „Ach neige Du Schmerzensreiche Dein Antliz gnädig meiner Not!", nach einer Zeichnung von Peter Cornelius, 1811; Radierung von Ferdinand Ruscheweyh, 1816 aus: Cornelius, Peter, „Faust-Zyklus", 1811, © Bildarchiv Preußischer Kulturbesitz, Berlin, 2007

Die Zeichnerin und Graphikerin Käthe Kollwitz (1867–1945) hat zur Gretchentragödie Blätter gezeichnet, von denen „*Gretchen*" (1899) eine Verflechtung von christlicher Ikonographie und literarischem Vorwurf kennzeichnet. Wie in

einer Vision ist das schwangere Gretchen – mit den Zügen von Käthe Kollwitz – auf einem Steg über dem Wasser nachdenklich stehend dargestellt, während unten am Ufer wie ein Madonnenbild eine Frau (Maria) mit einem totenähnlichen Antlitz mit ihrem wohl toten (Jesus-)Kind hockt, das sie zärtlich an sich drückt (s. Abb. 5).



Abb. 5 Käthe Kollwitz, „Gretchen", 1899, Strichätzung, Kaltnadel, Aquatinta und Polierstahl, Kn 45, Käthe Kollwitz Museum Köln, Rheinisches Bildarchiv Köln, © VG Bild-Kunst, Bonn 2007

Diese Thematik hat Charles François Gounod (1818–1893) in seiner Oper „*Margarete*" (so der deutsche Titel, der Originaltitel lautet: „*Faust*") ebenso verarbeitet wie Luis Hector Berlioz (1803–1869) in seinem Opus „*Fausts Verdammung*" und wie auch Arrigo Boito (1842–1918) in seiner Oper „*Mephisto*".

Berühmt geworden ist die Verfilmung des „*Faust*" mit Gustav Gründgens. Goethe hat noch ein weithin unbekanntes Bühnenstück geschrieben: „*Die Kindsmörderin*".

Heute noch wird diskutiert, inwieweit Goethe in seiner Regierungstätigkeit für die Beibehaltung der Todesstrafe bei Kindesmord votiert hat und Schuld an der Hinrichtung von Johanna Catharina Höhn 1783 hatte, die ihr Kind unmittelbar nach der Geburt in einem Anfall von Panik getötet hatte. Eine Dokumentation über drei Kindsmordfälle und Urteile in Goethes Regierungszeit hat Prof. Rüdiger Scholz mit „*Das kurze Leben der Johanna Catharina Höhn*" 2004 vorgelegt.

Die in den Wahnsinn getriebene Schwangere, die nach der Geburt ihr Kind umbringt und sogar zerstückelt, zeigt das Gemälde „*Hunger, Wahnsinn und Verbrechen*" (1853) von Antoine Wiertz (1806–1865). In materieller Not hat der Hunger

die Mutter in den Wahnsinn getrieben und das Kind töten lassen, das nicht mehr zu ernähren war. Aus dem Kochtopf über der Feuerstelle ragt ein abgeschnittenes Kinderbein, das Messer in der Hand der Mörderin ist noch blutig. Das Feuer wird durch Teile des Stuhls und der Kleidungsstücke des Kindes, in denen das tote Kind eingehüllt und dadurch verdeckt auf dem Schoß der Mutter liegt, als ein weiteres Zeichen der Armut und Verzweiflung der Mutter in Gang gehalten (s. Abb. 6). Ein Kritiker sah das Gemälde als Protest der niederen Klassen der Gesellschaft gegen die Höheren Stände. Auch als Gegenstück zur Darstellung der *„Madonna mit dem Jesuskind“* wurde dieses Gemälde gesehen.



Abb. 6 Antoine Wiertz (1806–1865) „Faim, folie et crime“, „Honger, waanzin en misdaad“ (1853) (Inv. MRBAB/KMSKB 1967), Musées royaux des Beaux-Arts de Belgique, Bruxelles. Photo: IRPA

Die Kindesmörderinnen entstammten vor allem den unteren Schichten, dem Proletariat, das durch die zunehmende Industrialisierung in den Großstädten angewachsen war. Armut und Furcht vor der Schande trieben die Frauen zum Mord. Aber auch in den oberen Schichten führten die rigorosen Sanktionen der Kirche und des Staates zu den Verbrechen der Kindesaussetzung und Kindestötung, um vor allem uneheliche Schwangerschaften geheim zu alten.

In Rom warfen Frauen ihre Neugeborene und Säuglinge in den Tiber (s. Klappenbild) und die *„Luzerner Chronik“* berichtet 1513 über die Dienstmagd eines Ratsmitgliedes, die ihr Kind ins Räderwerk der Stadtmühle wirft.

Doch auch ältere Kinder werden von ihren Müttern oder Vätern umgebracht. So erwürgte laut einer Quelle aus der Staats- und Stadtbibliothek Augsburg eine Maria Elisabetha Beckensteiner 1742 ihren halbjährigen Sohn mit einem Strumpfband (s. Abb. 7) und eine Frau aus Küstnacht (Schweiz) erstach zum Entsetzen ihres Mannes ihren Knaben im Bett (s. Abb. 8). Ein Mann aus

Lenzburg (Schweiz) wurde 1567 aufs Rad geflochten, da er seines Bruder Kind per Fausthieb und sein eigenes durch Abhacken des Kopfes getötet hatte (s. Abb. 9).



Abb. 7 „Hinrichtung der Kindsmörderin Maria Elisabetha Beckensteiner" (Signatur: Graph 29/123), Staats- und Stadtbibliothek Augsburg

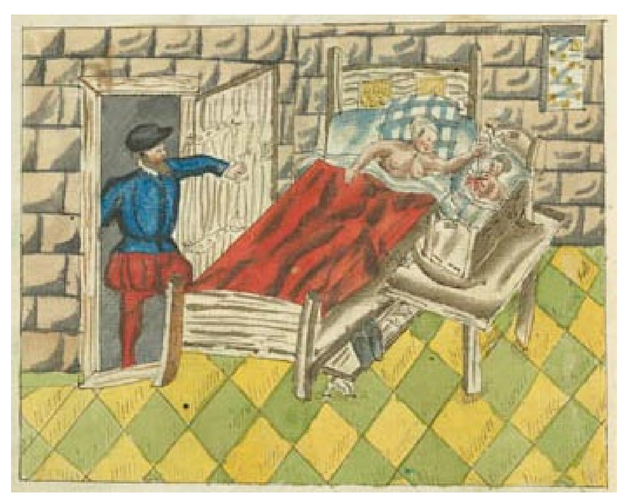


Abb. 8 Illustration zu „Wie eine mutter irr eigen Kind erstochen", Zentralbibliothek Zürich, Ms. F 23, Seite 29, Photo Zentralbibliothek Zürich



Abb. 9 Getuschte Federzeichnung „Mann aus Lenzburg tötet sein eigenes Kind“, Zentralbibliothek Zürich, Ms. F 17, f. 268v, Photo Zentralbibliothek Zürich

Die Kindermörderin „*Medeia*“ der antiken Sage und der Tragödie von Euripides (ca. 480–406 v. Chr.) wurde von Künstlern wie Eugène Delacroix (1798–1863) mit „*Die rasende Medea*“ (1862) (s. Abb. 10) und Anselm Feuerbach (1829–1880) mit „*Medea an der Urne*“ (1873) dargestellt. Alfons Mucha (1860–1939) entwarf ein berühmt gewordenes Plakat der Schauspielerin Sarah Bernhardt als Medea für eine Aufführung der Tragödie „*Médée*“ von Catulle Mendès im „Theâtre de la Renaissance“. Aus Rache tötet Medea ihre beiden Kinder (und die beiden Söhne des Jason, um auch diesen kinderlos zu machen).



Abb. 10 „Die rasende Medea“; Gemälde/Öl auf Leinwand von Eugène Delacroix, 1862, 122,5 x 84,5 cm, Original: Paris, Musée du Louvre/RF 1402, Foto: Gérard Blot, RMN, © Bildarchiv Preußischer Kulturbesitz, Berlin, 2007

Eine „*Medea*“ hat auch Hanns Henny Jahnn (1894–1959) geschrieben und über das „Medea-Thema“ Heiner Müller (1929–1995) mit dem Titel „*Medeamaterial*“. Diese Thematik enthält auch Grillparzers „*Das goldene Vlies*“.

Bereits im 18. Jh. hat Heinrich Leopold Wagner (1747–1779) „*Die Kindermörderin. Ein Trauerspiel*“ verfasst. Neu und aktuell ist der Monolog „*Kindsmord*“ in dem Buch „*Die Eröffnung*“ von Peter Turrini.

Das Thema *Kindsmord als literarisches Motiv* in der Sturm und Drang-Zeit findet man in einem Sachbuch unter dem Titel: „*Der Kindsmord als schöne Kunst betrachtet*“ von Kirsten Peters.

Gerhart Hauptmann (1862–1946) hat sich in mehreren seiner Theaterstücke mit der Not der Menschen auseinandergesetzt; mit dem Kindestod vor allem in seinem 1903 geschriebenen Drama „*Rose Bernd*“. Es wurde eines der erfolgreichsten Bühnenwerke des stets umstrittenen Dichters. Hier wird ein soziales Problem abgehandelt, das seit der Sturm und Drang-Zeit die Dramatiker bewegt hat: die Ächtung der unehelichen Mutter, die aus Scham und Verzweiflung ihr Kind tötet wie Gretchen in Goethes „*Faust*“, diesmal noch verschärft um einen Meineid.

Hauptmann hat dieses naturalistische Werk fünf Wochen nach dem Kindsmordprozess begonnen, an dem er selbst als Geschworener teilgenommen und sogar einen vorübergehenden Freispruch für die verzweifelte Kindsmörderin erreicht hatte. Er schrieb aber das Drama „wie es gewesen sein könnte“.

Hauptmann stellt den primitiven, rustikalen Ethos in einer schlesischen Dorfgesellschaft dar, in dem die Bauernmagd Opfer und Täterin zugleich wird, ohne Hilfe zu bekommen, obwohl jeder alles weiß und sieht. Als Begründung für ihr Verhalten und ihre Hilflosigkeit kann sie nur anführen: „Ich habe mich geschämt.“ In ihrer Verzweiflung bringt sie ihr neugeborenes Kind um. Und sie sagt zu dem Gendarm: „Ich bin ganz klar! Ich bin nicht besessen! Ich bin ganz klar bin ich aufgewacht! Kalt, wild, grausam fest. Es sollte nicht leben. Ich wollte es nicht. Es sollte nicht meine Martern erleiden. Es sollte dort bleiben, wo es hingehört.“ Nur einer – August – zeigt, wenn auch zu spät, Verständnis und findet die richtigen Worte: „Das Mädel (…) was muss die gelitten haben.“

„*Rose Bernd*“ wurde 1919 von Alfred Halm und 1957 von Wolfgang Staudte mit Maria Schell als Rose verfilmt.

In seiner Traum-Dichtung „*Hanneles Himmelfahrt*“ (1893) stellt Hauptmann den Umgang mit dem Tod eines Kindes durch die distanzierten Erwachsenen einerseits und die oft noch unbekümmert fragenden Kinder andererseits dar.

Die von ihr besuchte Premiere von Hauptmanns Schauspiel „*Die Weber*“ hat Käthe Kollwitz zu ihrem berühmten frühen Zyklus „*Ein Weberaufstand*“ (1893) inspiriert, dem der Zyklus „*Bauernkrieg*“ (1908) folgte. Nicht nur in diesen Werken haben Kinder einen großen Stellenwert. Ein besonderes Anliegen war ihr vor allem die Not der Kinder und in vielen ihrer Werke der *Tod in der Not*. Aufgrund der entsetzlichen Hungerjahre im und nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg im In- und Ausland sah sie sich verpflichtet, den Menschen mit ihrer Kunst (u. a. über Plakate) zu helfen, ihr Herz zu öffnen (s. Abb. 11).

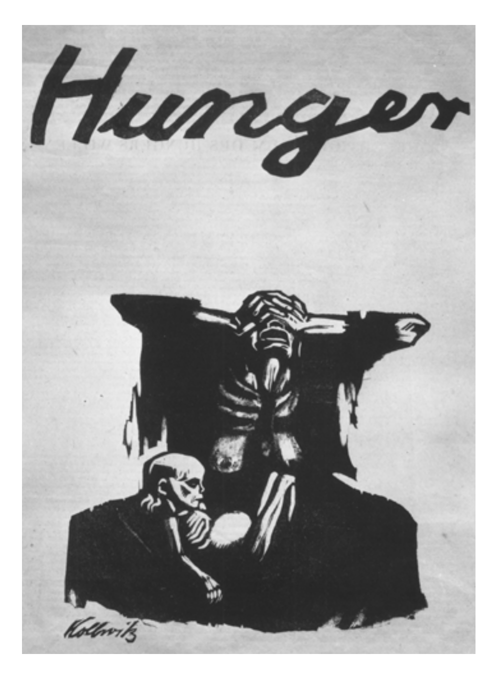


Abb. 11 Käthe Kollwitz, „Hunger“, 1922, Holzschnitt, Kn 182, Käthe Kollwitz Museum Köln, © VG Bild-Kunst, Bonn 2007

Immer wieder hat Käthe Kollwitz ihre beiden Kinder gewissermaßen als Modell in ihren Radierungen dargestellt, besonders eindrucksvoll im Blatt 2 aus dem Zyklus *„Ein Weberaufstand“* mit dem Titel *„Tod“*, auf dem der Tod nach einer von ihrer Familie umgebenen Frau greift, die entkräftet zur Seite gesunken ist. Ganz im Lichtkegel sitzt ein Kind (Hans) mit schon tiefliegenden Augen und fast starrem Blick. Das Blatt 1 *„Not“* zeigt die verzweifelte Mutter am Bett des sterbenden oder bereits toten Kleinkindes.

Zwei um 1909 entstandene Zeichnungen handeln vom Unglück, das arme Frauen ereilen konnte. Ihr *„Verunglücktes Kind“* zeigt eine Frau mit schreckensweit geöffneten Augen, die, umringt von Schaulustigen, ihr tödlich verunglücktes Kind vor sich trägt. In dem Werk *„Überfahren“* (1910) tragen Mutter und Vater gemeinsam das leblose Kind, gefolgt von einer Schar erschütternd fragender Kinder (s. Abb. 12).

Vielleicht hat auch ein ganz persönlicher Anlass dazu beigetragen, dass sie sehr früh das Thema „Kind und Tod“ aufgegriffen hat, denn 1908 war ihr ältester Sohn Hans schwer erkrankt und dem Tode nahe. Diese Erfahrung hat Käthe Kollwitz einmal als das Schlimmste bezeichnet, was ihr widerfahren war. Und in vielen ihrer Zeichnungen entzieht der personifizierte Tod der Mutter mit sanfter Gewalt das Kind. Der Verlust ihres jüngsten Sohnes Peter im Ersten Weltkrieg führte zu eindringlichen Darstellungen, die z. B. den Titel *„Frau mit totem Kind“* (s. Abb. 13) oder *„Abschied“* tragen. Aber auch die betroffenen *Eltern* hat sie eindrucksvoll in ihren Zeichnungen, der Druckgraphik und in ihren Plastiken dargestellt (s. Abb. 14).



Abb. 12 Käthe Kollwitz, „Überfahren", 1910, Strichätzung sowie Vernis mou mit Durchdruck von Bütten und Zieglerschem Umdruckpapier, Kn 110, Käthe Kollwitz Museum Köln, Rheinisches Bildarchiv Köln, © VG Bild-Kunst, Bonn 2007



Abb. 13 Käthe Kollwitz, „Frau mit totem Kind", 1903, Strichätzung, Kaltnadel, Schmirgel sowie Vernis mou mit Durchdruck von geripptem Bütten und Zieglerschem Umdruckpapier, Kn 81, Käthe Kollwitz Museum Köln, Rheinisches Bildarchiv Köln, © VG Bild-Kunst, Bonn 2007

Der Schriftsteller Elias Canetti (1905–1994) hat einmal formuliert: „Der Weg zur Wirklichkeit geht über das Bild."

In der *Musik* gibt es nicht wenige Werke, die sich mit dem Tod eines Kindes beschäftigen. Am bekanntesten und gewissermaßen ein Synonym ist „*Der Tod und das Mädchen*". Das gleichnamige Gedicht von Matthias Claudius (1740–1815) hat Franz Schubert (1797–1828) vertont und auch mit seinem „Streichquartett" bekannt gemacht.



Abb. 14 Käthe Kollwitz, „Tod packt eine Frau“, Blatt 4 der Folge Tod, 1934, Kreidelithographie, Kn 267, Käthe Kollwitz Museum Köln, Fotograf: Lothar Schnepf, © VG Bild-Kunst, Bonn 2007

Der Tod und das Mädchen

„Das Mädchen:
‚Vorüber! Ach vorüber!
Geh wilder Knochenmann!
Ich bin noch jung, geh lieber!
Und rühre mich nicht an‘,

Der Tod:
‚Gib deine Hand, du schön und zart Gebild!
Bin Freund und komme nicht zu strafen.
Sei guten Muts, ich bin nicht wild,
Sollst sanft in meinen Armen schlafen‘!“

Das Thema hat auch Ariel Dorfman für ein Theaterstück verwendet. Antonín Dvořák (1841–1904) hat sein berühmtes „*Requiem*“ für seine verstorbene Tochter komponiert, Friedrich Smetana (1824–1884) 1855 das „*Klavier-Trio g-moll op. 15*“ für seine beiden verstorbenen Kinder. Die „*Kinder-Totenlieder*“ von Friedrich Rückert (1788–1866) hat Gustav Mahler (1860–1911) in seine „*Symphonie Nr. 6*“ aufgenommen.

Vor allem nordische Maler haben das Begräbnis von Kindern dargestellt; in seinem Triptychon „*Trauernde Familie*“ stellt Fritz Mackensen (1866–1953) den Schutz- und dann den Todesengel in den Vordergrund. Im Mittelpunkt steht die erschütterte und wortlose Familie mit der in Tagen gealterten Mutter.

Westphals Graphik „Kinderbegräbnis in Schleswig“ (s. Abb. 15) zeigt das Versenken des kleinen Kindersarges ohne Anwesenheit der Mutter des Kindes, der Familie, vielleicht im Kriege.



Abb. 15 „Kinderbegräbnis in Schleswig (August 1834)“, Bleistiftzeichnung von Friedrich Bernhard Westphal (1834), Stadtmuseum Schleswig

Das heimliche Begräbnis nach der Kindstötung durch die Mutter findet in dem Gemälde „*Summum jus, summa injuria. Barnemordet*“ (1886) von Erik Henningsen (1855–1930) seine Darstellung, wenn die der Kindstötung verdächtigte Mutter von der Polizei zu der Stelle geführt wird, wo man den von ihr vergrabenen Leichnam des Neugeborenen vermutet (s. Abb. 16).

Dass die Mutter unter dem Tod ihres Kindes ein Leben lang leidet, sicher erst recht, wenn sie es getötet hat, zeigt A. Paul Weber (1893–1980) mit einer sehr einfühlsamen Tuschfederzeichnung „*Trauernde Mutter*“ (1952), auf der die gebeugte verhüllte Mutter *ihren* kleinen Sarg trägt (s. Abb. 17). Auch Käthe Kollwitz hat eine erschüttert verhärmte Mutter, die den kleinen Sarg in ihren Händen vor sich trägt, in dem Holzschnitt „*Kindersterben*“ dargestellt (s. Abb. 18).



Abb. 16 Erik Henningsen, „Summum jus, summa injuria. Barnemordet“/„Summum jus, summa injuria. The murder of a child“, 1886, oil on canvas, 78,5 x 117 cm, Inv. no. 154 © The Hirschsprung Collection, Copenhagen



Abb. 17 „Trauernde Mutter“, kolorierte Handzeichnung von A. Paul Weber, 1952, Kreismuseen Ratzeburg, © VG Bild-Kunst, Bonn 2007



Abb. 18 Käthe Kollwitz, „Kindersterben“, Blatt 3 der Folge Proletariat, 1924–25, Holzschnitt, Kn 216, Käthe Kollwitz Museum Köln, © VG Bild-Kunst, Bonn 2007

William Shakespeare lässt in seinem gleichnamigen Drama Macbeth sprechen: „Gib Worte deinem Schmerz – Gram der nicht spricht, presst das beladne Herz, bis das es bricht.“

Die *Grabsteine* von Kindern sind oft kleine Kunstwerke, nicht selten mit Engeln verziert, welche die Lebensfackel nach unten gerichtet zeigen.

Die Ärztin Ursel Ramm hat in ihrem Büchlein *„Friedhofsengel auf Frankfurter Friedhöfen“* (1985) ihr Gedicht veröffentlicht:

An eines Kindes Grab

„Wo war dein Engel als das Fieber glühte?
Am kleinen Hügel stehe ich und frage
Ob sich der Himmel wohl um deinen Schutz bemühte?
Auch wo Soldaten fallen rauschen keine Flügel
und wo Verzweiflung in die Schwärze gleitet
ist auch kein Cherub der die Schwingen breitet.
Und doch versprach der Herr in frühen Tagen,
dass uns die Engel über Steine tragen
und dies zu glauben ist ein streng‘ Gebot.
Wo war der Engel bei dem ‚kleinen Tod‘?“

Weit bekannt ist das „Grab eines unbekannten Mädchens“ auf dem alten Freiburger (i. Br.) Friedhof, das das ganze Jahr über mit frischen Blumen geschmückt ist. Den Gang zum Friedhof – auch mit Kindern – haben Maler ebenso dargestellt wie die Vorstellungen des Lebens nach dem Tode, z. B. Hieronymus Bosch (ca. 1450–1516) mit einem eindrucksvollen Bild, das bereits im 16. Jahrhundert die Nahtod-Erlebnisse von Patienten auf Intensivstationen zum Ausdruck bringt.

Die lebenslange Verbundenheit mit dem verstorbenen Kind und den Wunsch, dass der Tod des geliebten Kindes nur ein böser Traum sei, hat der Dichter Conrad Ferdinand Meyer (1825–1898) in einem Gedicht beschrieben:

Das tote Kind

„Es hat den Garten sich zum Freund gemacht,
dann welkten es und er im Herbste sacht,
die Sonne ging und es und er entschlief,
gehüllt in eine Decke, weiß und tief.

Jetzt ist der Garten unversehns erwacht,
die Kleine schlummert fest in ihrer Nacht.
Wo steckst Du? Summt es dort und summt es hier.
Der ganze Garten frägt nach ihr, nach ihr.

Die blaue Winde klettert schlank empor
und blickt ins Haus:
‚Komm hinterm Schrank hervor?‘
Wo birgst Du Dich?
Du tust Dir’s selbst zuleid!
‚Was hast Du für ein neues Sommerkleid?‘“

„Die bösen Mütter“ (1896/1897) von Giovanni Segantini (1858–1899) empfangen ihre Strafe in der winterlichen Kälte der Berge, weil sie ihre Kinder vernachlässigt

haben. Die Seelen der Kinder erscheinen in den Ästen der verdorrten Bäume und rufen nach ihren Müttern. Im Vordergrund saugt ein Säugling an der Brust der sich aufbäumend wehrenden Mutter. Segantini veranschaulicht damit den Widerstreit zwischen Mutterschaft und der freien Liebe der Frau (s. Abb. 19).



Abb. 19 Giovanni Segantini (1858–1899), „Die bösen Mütter“, 1896/1897, Öl auf Karton, 40 x 74 cm, Kunsthaus Zürich, © 2007 Kunsthaus Zürich. Alle Rechte vorbehalten.

Ein einfühlsames *Märchen* von der Niederelbe *„Das tote Kindlein verzeiht“* (1923) von Hans Friedrich Blunck (1888–1961) beschreibt, wie eine Mutter die Tötung ihres neugeborenen Kindes, nach Alpträumen in ihrer Phantasiewelt, in der das getötete Kind sie verfolgt und immer wieder erscheint, wieder gut zu machen versucht. Sie bereut, findet durch gute Taten zu ihrem Frieden und wird letztlich durch das verstorbene Kind zu den Menschen zurückgeführt.

Literaturverzeichnis

Ariès Ph. Geschichte der Kindheit. Aus dem Französischen übersetzt von Caroline Neubaur und Karin Kesten. München und Wien 1975.

Ariès Ph. Geschichte des Todes. München 1976.

Ariès Ph. Bilder zur Geschichte des Todes. Hanser, München und Wien 1984.

Condrau, G. Der Mensch und sein Tod. Certa moriendi condicio. Zürich, Einsiedeln 1991.

Götte G. „Gesehenes und Ausgedachtes“ Kölner Museums Bulletin. Berichte und Forschungen aus den Museen der Stadt Köln. Sonderheft Zeichungen-Druckgraphik-Skulpturen. 1991/1997.

Gunkel J. Abschiednehmen vom Kind. Der Tod im Leben des Kindes. Alete Wissenschaftlicher Dienst 1999, Landshut.

Kast R. Totentanz – vom Spätmittelalter bis zur Gegenwart. Eine Ausstellung ausgewählter Werke der Graphiksammlung „Mensch und Tod“ der Heinrich Heine Universität Düsseldorf. Ulm 2000.

Knesebeck von dem A. „… mit liebevollen Blicken …“ Kinder im Werk von Käthe Kollwitz. Einblicke 8 einer Ausstellungsreihe Käthe Kollwitz Museum Köln 2007.

Mörgeli Ch., Wunderlich U. Über dem Grabe geboren. Kindsnöte in Medizin und Kunst. Medizinhistorisches Institut und Museum der Universität Zürich. Benteli, Wabern-Bern 2002.

Schmalenbach F. Käthe Kollwitz. Die blauen Bücher. Langewiesche, Königstein i. Ts. 1965.
Theopold W. Das Kind in der Votivmalerei. Thiemig, München 1981.

Bildnachweis

Die Rechteinhaber sind in den Bildunterschriften in diesem Kapitel genannt.

Abb. 2: Adolph Schroedter, „Die Kindsmörderin“, 1832, Inv. Nr. K 1948-2, museum kunst palast, Düsseldorf, Graphische Sammlung, wurde fotografiert von Horst Kolberg.

Verlag und Herausgeber danken den genannten Institutionen für ihre freundliche Genehmigung zum Druck der hier zusammengestellten Abbildungen und die Überlassung des Bildmaterials. Der Verlag hat sich bemüht, alle Inhaber von Nutzungsrechten der Abbildungen zu ermitteln. Sollten dennoch etwaige Inhaber von Nutzungsrechten übersehen worden sein, bitten wir um Meldung an den Verlag, damit den Rechten entsprochen werden kann.

2 Kindstötung in der Literatur

Günther Häßler, Frank Häßler

2.1 Medea – Kindermord aus Rache

Mit der Médeia in Euripides' (485–406 v. Chr.) gleichnamiger Tragödie hält die ihre eigenen Kinder mordende Mutter Einzug in die Weltliteratur. Dem heutigen Begriffsinhalt des Infantizides entspricht ihre Tat natürlich nicht. Ihre beiden Knaben sind heranwachsende Kinder im Alter zwischen fünf und zehn Jahren, keine Neugeborenen und keine Säuglinge.

Der Stoff zur Tragödie stammt aus der griechischen Mythologie: Médeia, die Tochter des Königs Aietes, ist den Argonauten unter ihrem Anführer Jason mit vielen Zauberkünsten bei der Beschaffung des Goldenen Vlieses behilflich gewesen. Jason heiratet Médeia und zeugt mit ihr drei Kinder. Als er sie nach zehnjähiger Ehe verstößt, um sich mit der Tochter des mächtigen Königs der Korinther, Kreon, zu vermählen, tötet Médeia die Nebenbuhlerin durch ein giftiges Gewand, lässt Kreons Palast in Flammen aufgehen und bringt ihre beiden Kinder um. Letztere Tat ist vom Dichter, abweichend von der Sage, wonach die Korinther die Kinder der Médeia aus Rache für den zerstörten Palast umbrachten, hinzugefügt worden. Sie gibt ihm Gelegenheit im großen Monolog das Für und Wider der abscheulichen Tat leidenschaftlich zwischen der vom Gatten gekränkten Frauenehre und der Liebe zu den Kindern abzuwägen.

Doch der entscheidende Entschluss bleibt:

„Geht, geht, ihr Kinder! Ich vermag nicht länger noch
euch anzuschauen. Ich erliege meinem Leid.
Wohl weiß ich, welchen Frevel ich begehen will,
doch über mein Bedenken siegt die Leidenschaft,
der Menschen allerschlimmste Unheilstifterin."
(Médeia, V. 1047–1051 [Euripides]).

Walter Kranz (1958) bemerkt dazu, „dass eben er (Euripides) es recht eigentlich gewesen ist, der die Welt der Triebe entdeckt, die Leidenschaftlichkeit der Geschlechter zueinander zu einem Hauptproblem des tragischen Spiels gemacht hat (...). Von hier aus sollen wir es nachfühlend verstehen, dass die in ihrer Frauenehre vom Gatten Gekränkte nicht nur die Nebenbuhlerin vernichtet, sondern auch, um den Mann zu treffen, der mit dem Schwert die eigenen Kinder tötet."

Die Ermordung der eigenen Kinder als Rache an Jason, dem untreuen Ehemann, wird richtungweisend für die weitere literarische Interpretation des Themas in späteren Zeiten.

Noch in der Antike verwendet Seneca (2–65 n. Chr.) den Stoff in seiner Tragödie „*Medea*". Bei ihm wird die Gestalt der Medea zum Symbol für Zügellosigkeit, Irrationalität und Inhumanität. Der aggressive Wahnsinn (furor) ist konsequentes Endstadium der Leidenschaft. Auch bei Ennius (239–169 v. Chr.) und Ovid (43 v.–17 n. Chr.) finden sich entsprechende Bezüge. Über Pierre Corneille (1635) und H. B. Longepierre (1694) rückt bei späteren Dichtungen, wie in F. M. Klingers „*Medea in Korinth*" (1787 in Petersburg entstanden), der Kindermord noch stärker in den Mittelpunkt (Glaser 2001).

Franz Grillparzer (1791–1872) gestaltet in seiner Trilogie „*Das Goldene Vließ*" (1821) die Argonauten-Sage zur geschichtsphilosophischen Tragödie des Humanitätsideals. Als Tochter eines Barbarenkönigs bleibt Medea außerhalb der Gemeinschaft, als Fremde ohne Anspruch auf Achtung und Integration. Der Mord an den Kindern ist Reaktion auf ihre eigene Isolation abseits der Humanität. Grillparzer dazu in einem Epigramm aus dem Jahr 1848: „Der Weg der neuen Bildung geht von Humanität durch Nationalität zur Bestialität" (Grillparzer 1913).

Jean Anouilh (1910–1987) treibt im Drama „*Médée*" (Uraufführung 1948 in Brüssel) den Anspruch auf Selbstverwirklichung von der Hoffnung zu Hass und Rachsucht und schließlich zum Verbrechen voran.

Die Autorin Christa Wolf meldet Zweifel an den Verbrechen der Medea an und lastet in ihrem Medea-Roman „*Medea-Stimmen*" (1996) allein den Korinthern die Schuld am Kindermord an. Glaser (2001) sieht darin eine Uminterpretation des antiken Mythos.

2.2 Im Sturm und Drang vom Mädchen zur Kindermörderin

In den letzten drei Jahrzehnten des 18. Jahrhunderts wurde die Gestalt der Kindsmörderin in ein völlig anderes Licht gerückt. Es ist die als „Sturm und Drang" bezeichnete Periode deutscher Dichtkunst. Das Gedankengut der Aufklärung, neue Moral- und Staatsrechtstheorien stellten nicht nur in Frankreich das bestehende System mit seinen oft noch mittelalterlichen Elementen in Frage. Die Rechtmäßigkeit der Todesstrafe wird nun ebenso vehement bestritten, wie sie andererseits verteidigt wird; keine Täterperson erscheint für die Entzündung des Meinungsstreites geeigneter als die Kindsmörderin.

Als 1780 die Öffentlichkeit in der Mannheimer Zeitschrift *„Rheinische Beiträge zur Gelehrsamkeit“* aufgefordert wird, in einer Preisschrift Gedanken über die ausführbarsten Mittel gegen den Kindermord darzulegen, hatten sich Dichter aus dem Raum am Oberrhein der Täterinnen bereits angenommen. Ihre Quellen lagen in Volksliedern und bei den Bänkelsängern, die die herzzerreißenden Schicksale der verurteilten und zur Hinrichtung geführten jungen Mütter besangen.

> *„All diese von der Gegenwartswirklichkeit und der Volksdichtung ausgehenden Anregungen hätten aber bei den Stürmern und Drängern nichts ausgewirkt, wenn ihr Gemüt und ihr Geist nicht so empfänglich dafür gewesen wären. Sie empfanden tiefes Mitleid mit den unglücklichen Mädchen und haben dies in ihren Werken wiederholt bekundet“ (Rameckers 1927).*

Als einer der Ersten brachte Heinrich Leopold Wagner (1747–1779) den Stoff in eine dramatische Fassung. Sein Trauerspiel mit dem Titel *„Die Kindermörderin“* erschien 1776 in Leipzig mit deutlichen Anleihen bei dem Stück *„Die Soldaten“* von Jakob Michael Reinhold Lenz (1751–1792) und bei Goethes zunächst fragmentarischen Faust-Szenen von 1773/75. Goethes Plagiatsvorwurf an den Dichterkollegen erscheint unberechtigt, wenn man Wagners Stück mit Inhalt und Ablauf dem Werk Goethes gegenüberstellt, vom literarischen Wert abgesehen.

Bei Wagner führt der Logiergast des Metzgermeisters Humbrecht, Leutnant von Gröningseck, dessen Tochter Evchen zusammen mit ihrer Mutter in ein Bordell (!) und verführt anschließend das Mädchen, während die Mutter mit einem Schlaftrunk betäubt wird. Sein gegebenes Eheversprechen wird durch die Intrigen eines Regimentskameraden zum Scheitern gebracht und Evchen zur heimlichen Flucht aus dem Elternhaus getrieben. Sie bringt ihr Kind bei einer armen Lohnwäscherin zur Welt und tötet es in einem Anfall von Wahnsinn, als sie erfährt, dass ihre Mutter aus Kummer gestorben ist und ihr Vater ein hohes Lösegeld auf ihre Auffindung ausgesetzt hat.

Wagner hat sein Stück 1778 noch einmal umgearbeitet. Unter dem Titel *„Evchen Humbrecht oder Ihr Mütter merkts Euch!“* wird nun ein versöhnliches Ende geboten, die Kindstötung verhindert und die Hochzeit mit dem adligen Leutnant gefeiert. V. Arnheim verfilmte 1927 Wagners Trauerspiel (*„Mädchen, hütet euch!“*) und Peter Hacks nahm 1963 eine Bearbeitung vor, in der die Existenz von Klassenschranken als das entscheidende Hindernis für das Paar sichtbar gemacht werden sollten (Henscher 1992).

Jakob Michael Reinhold Lenz stellte Ende 1775, also fast zur gleichen Zeit, als Wagner sein Drama vollendete, die Erzählung *„Zerbin“* fertig. Sie erschien im Februar/März des folgenden Jahres im *„Deutschen Museum“* (Leipzig 1987).

Zerbin, der einzige Sohn eines reichen Berliner Kaufmanns, gerät in Leipzig, wo er bei Professor Gellert „moralische Vorlesungen“ hört, in schlechte Gesellschaft, macht Schulden, sucht Trost bei Frauen und findet in der Aufwärterin Maria schließlich ein williges Opfer, das seinen Lügen und Schmeicheleien traut. Die Beziehung hat Folgen. Mit ihren Sorgen während der Schwangerschaft alleingelassen, bringt Maria ein totes Kind zur Welt. Sie

versteckt es im Pferdestall, wo es der Kutscher findet. Maria wird ins Gefängnis gebracht, wegen Kindesmord angeklagt und zum Tode verurteilt. Zerbin, den Vater des Kindes, hat sie während der Verhandlung und bis zu ihrem Ende nicht genannt. Er nimmt sich wenige Tage nach Marias Enthauptung selbst das Leben. Rameckers (1927) nennt „*Zerbin*“ eine moralische Erzählung im Stil der „*Contes moraux*“ des Jean François Marmontel (1723–1799).

Ein historischer Fall aus dem Umfeld von Wagner, Lenz und anderen Dichtern des Sturm und Drang, von denen übrigens viele eine juristische Ausbildung mit Abschluss besaßen, erlangte literarischen Ruhm weit über die Landesgrenzen hinweg. Am 14. Januar 1772 wurde auf dem Markt der Freien Reichsstadt Frankfurt die ledige Susanna Margaretha Brandt vom Scharfrichter Hoffmann mit dem Schwert hingerichtet. Sie war des Kindesmordes wegen angeklagt und nach einem langen Prozess für schuldig befunden worden. Die um 1746 als Tochter eines Gefreiten der Frankfurter Garnison geborene Susanna war am 1. August 1771 von ihrer Brotgeberin, der Wirtfrau vom Gasthof „Zum Einhorn“ entlassen worden, da die Anzeichen einer Schwangerschaft trotz allen Leugnens der Dienstmagd zu offensichtlich waren. Die Eltern waren schon vor Jahren gestorben und eine Bleibe bei einer der in Frankfurt verheirateten Schwestern bot sich auch nicht an. Der Vater des Kindes, ein Geselle aus Holland, hatte schon im Dezember des Vorjahres Frankfurt und das Mädchen verlassen und war in Richtung Petersburg verschwunden. Die Zukunft als ledige Mutter ohne Arbeit und feste Bleibe, mit einer drohenden Strafe wegen Unzucht erschien schwierig und nicht sehr verheißungsvoll. Als die Wirtin des Gasthofs am 2. August in einem abgelegenen Teil des Hauses eine Blutlache und eine Nachgeburt fand, verständigte sie Susannas Schwester, die Maria Dorothea Hechtel. In der folgenden Auseinandersetzung mit Susanna gab diese zu, das Kind umgebracht zu haben. Sie verließ die Stadt, übernachtete im benachbarten Mainz, kehrte aber am nächsten Tag, als sie schon mit Steckbrief gesucht wurde, nach Frankfurt zurück und wurde verhaftet. Denn inzwischen hatte die Hechtel die von der Schwester verheimlichte Geburt angezeigt, und noch am Abend hatte ein an den Tatort geschickter Sergeant die Leiche des neugeborenen Knaben in der Waschküche des Hauses gefunden (Habermas 1999). Die von den 9 (!) Physici und Chirurgen am 3. August vorgenommene Sektion der Kindsleiche, mit der obligatorischen Schwimmprobe von Stücken der Lunge, schließt mit dem Ergebnis:

> *„Zur Folge dieser angegebenen großen und vielfältigen Verletzungen des Corporis Delicti, welche durch den Sturtz des Kindes auf den Kopf in der Geburt nicht entstehen können, und nach Maßgabe der ohnumstößlichen Gründen der Artzney-Gelahrtheit, ißt ausser Zweifel, dass dieses Kind völlig Athem geschöpfet, nithin vollkommen gelebet, und in diesem Zustande, durch Zerschmetterung der Beine des Kopfes, und die dabei geschehene große Verletzung des Hirns, nothwendig sein Leben sogleich habe verliehren müssen“ (Beilage D des Prozess-Protokolls nach Habermas 1999).*

Der Sektionsbefund und der in den Verhören der Angeklagten und der Zeugen aufgedeckte Tathergang ließen nach damaliger Rechtslage kein anderes Urteil als die Todesstrafe zu. Es war ein Richterspruch wie viele in dieser Zeit und seine Vollstreckung für die Bürger der Stadt Frankfurt kein einmaliges Ereignis. Die abscheuliche Tat des Kindermordes kam in Frankfurt alle ein bis zwei Jahre vor (Habermas 1999). Trotzdem wurde die Susanna Margaretha Brandt zur bekanntesten und meistzitierten Kindsmörderin. Als Gretchen in Goethes „*Faust*" hält sie Einzug in die Literatur und kommt auf die Bühnen der Welt.

Der junge Johann Wolfgang Goethe, in Frankfurt 1749 als Sohn des kaiserlichen Rates Johann Caspar Goethe geboren, war nur wenig jünger als die Tochter des Stadtgefreiten. Nach dem Jura-Studium in Leipzig und Straßburg hatte er zum Zeitpunkt des Prozesses seine Tätigkeit als Rechtsanwalt in Frankfurt aufgenommen. In den Prozess selbst war der junge Rechtsanwalt nicht eingebunden, hatte aber über zahlreiche Beziehungen zu den Berufskollegen, Ärzten und Gutachtern mehr Kenntnis vom Verlauf als andere Bürger. Bereits in die Fassung des „*Urfaust*" (1774) fügte er die Figur des verführten und sitzen gelassenen Mädchens ein, das in Verzweiflung ihr Kind nach der Geburt tötet. Weder das Volksbuch vom Dr. Faustus noch die früheren Bearbeitungen des Faust-Stoffes durch andere Dichter stellen dem Gelehrten ein Weibsbild an die Seite. Eine Ausnahme bildet wohl Friedrich Maximilian Klinger (1752–1831) mit seinem Faustroman. In „*Fausts Leben, Thaten und Höllenfahrt*" – das Erscheinungsjahr ist 1791 – fällt das fromme und bildschöne Mädchen Angelika bei der Geburt des von Faust gezeugten Kindes in Ohnmacht, wird aber trotzdem als Kindermörderin angeklagt und hingerichtet. Die öffentliche Ächtung der verführten Mädchen, ein Schicksal, das auch dem Gretgen in Goethes „*Urfaust*" droht, wird in der Szene am Brunnen von Liesgen, der Freundin, vorgezeichnet.

Der Mord am Kind wird in der Kerkerszene zunächst verdrängt („Sie nahmen mirs, und sagen ich hab es umgebracht, und singen Liedger auf mich!") (Goethe 1948). Dann erscheinen in der Schlussszene die Bilder der Tat der im Kerker auf die Hinrichtung wartenden Margarethe wieder, sie nimmt Faust mit in die Verantwortung („Mein Kind hab ich ertränkt. / Dein Kind! Heinrich!") (Goethe 1948), und als er sie auffordert zu fliehen, wird auch der Tathergang erhellt:

> *„Ums Leben nicht – Siehst du's zappeln! Rette*
> *den armen Wurm er zappelt noch! – Fort! Geschwind!*
> *Nur übern Steg, gerad in Wald hinein links am Teich wo die*
> *Planke steht. Fort! rette! rette!"*
> *(Goethe 1948)*

Der Text entspricht dem 1887 erstmals herausgegebenen Fragment der 1775 vorliegenden Faustischen Szenen, die das Hoffräulein von Göchhausen aufgezeichnet hat (Goethe 1948). Die Gretchenhandlung wurde bei den späteren Fassungen in manchem geändert und anders eingeordnet. Für Faust wird Gretchen nur eine Station auf seiner Pilgerreise vom sinnlichen Vergnügen

zur geistigen Vollkommenheit. Die Kerkerszene ist dabei mit am reinsten erhalten geblieben:

> *„(...) die Gretchengeschichte ist auch die Tragödie des (...) an der Schönheit tödlich schuldig werdenden Geistes, und mehr als irgendwo ist Goethe darin Revolutionär, ein Gefühlsempörer gegen die Grausamkeit, mit der die menschliche Gesellschaft die dem überlegenen Werber des Geistes verfallene, von ihm verführte Schönheit bestraft."*

Thomas Mann, der Autor dieser Zeilen, weist aber auch darauf hin, dass Goethe in seiner Weimarer Zeit, als Minister, mit seiner Unterschrift das Todesurteil über eine junge Kindesmörderin guthieß, die der Herzog wohl begnadigt hätte (Mann 1965).

Zu dieser Zeit hatte die Geringschätzung der öffentlichen Meinung, wie Goethe sie in seinem Gedicht *„Vor Gericht"* (1778) und in der Gerichtsszene in Kapitel 13 des ersten Buches von *„Wilhelm Meisters Lehrjahre"* – in der die vom Schauspieler Melina verführte Krämerstochter nach gescheiterter Flucht verhört wird – zum Ausdruck brachte, schon lange der Anpassung an die bestehende Ordnung Platz gemacht, private Freiräume damit erhaltend.

Die Gestaltung des Kindesmord-Themas bleibt in der schöngeistigen Literatur fast ausnahmslos auf den deutschen Sprachraum beschränkt. Verführte Mädchen, die in ihren Beziehungen an den Standesunterschieden scheitern und ihre Schande mit bitterem Elend oder einem Selbstmord sühnen, fanden sich in der französischen und englischen Literatur dagegen häufig genug, um als Vorbild in die Dichtung des Sturm und Drang einzufließen.

Auf der langen Liste der Gedichte und Balladen stehen neben Bekanntem, wie Christian Schubarts (1739–1791) *„Das schwangere Mädchen"* und Friedrich Schillers (1759–1805), *„Die Kindsmörderin"* viele heute fast vergessene Namen in und außerhalb des Sturm und Drang (Rameckers 1927). Während August Gottlieb Meißner (1753–1907), Johann Friedrich Schink (1755–1835) und Gotthold Friedrich Stäudlin (1758–1796) mit ihren Werken zu den Unbekannten zählen, hat Gottfried August Bürger (1747–1794) mit seiner im Sommer 1781 entstandenen Ballade von *„Des Pfarrers Tochter von Taubenhain"* Eingang gefunden in die Sammelwerke deutscher Dichtkunst. Seine Ballade vereint alle diejenigen Elemente, die fast schablonenhaft bei den anderen Jüngern der Dichtkunst verwendet wurden, in echt poetischer Darstellung mit hoher Sprachgewalt. Da treibt der adlige Verführer von Falkenstein sein Spiel mit der unschuldigen Rosette aus dem idyllischen Pfarrhause in Taubenhain, die Liebe im Frühling hat Folgen, die im Herbst nicht mehr zu verstecken sind, der erzürnte Vater hat wenig Erbarmen mit der gefallenen Tochter, die Situation für die Gebärende erscheint ausweglos, das Kind wird mit einem Nadelstich ins Herz getötet. Richter und Henker, die am Trauerspiel häufig Mitwirkenden, fehlen in der Ballade von Bürger. Der vom Rabenstein herabblickende Schädel der hingerichteten Rosette ist bei ihm Zugabe zum grausigen Geschehen.

Die Namen der Verführten in den zahlreichen anderen Gedichten und Erzählungen sind recht poesievoll: von Ida, Angelika und Maria bis hin zu

Bettina und Seltha. Hohe literarische Ansprüche werden mit ihnen nur selten erfüllt.

Die Trivialliteratur der Fortsetzungsromane, der Wochenzeitschriften, Almanache und Unterhaltungsjournale („*Gartenlaube*") griff in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gern auf diese Sujets zurück. Häufiger und der Fortsetzung wegen wird das in Unehren geborene Kind nun aber ausgesetzt, um nach vielen Verwicklungen dann doch das väterliche Erbe anzutreten oder wegen der falschen Anlagen und mit der schwarzen Seele belastet, Stufe um Stufe auf der sozialen Leiter herabzusinken und im Zuchthaus zu enden.

2.3 Kein Ende mit dem Kindermord in der Moderne

Stärker als bei Wagner (1776), der in der ersten Fassung seines Stückes mit starkem Wirklichkeitssinn und ungeschminkter Sprache soziale Fragen aufwirft, tritt bei Gerhart Hauptmann (1942) die Kritik an verlogener Moral und inhumaner Strafverfolgung in seinem Trauerspiel „*Rose Bernd*" (Uraufführung 1903) hervor.

Auch für Gerhart Hauptmann (1862–1946) war ein in Hirschberg/Schlesien durchgeführter Gerichtsprozess unmittelbarer Anlass für die Wahl des Stoffes. Im Gerichtsverfahren gegen eine wegen Meineid und Kindesmord angeklagte Landarbeiterin war er als Geschworener bei der Verhandlung. Seine tragische Heldin Rose hat vom Status her wenig mit der Dienstmagd vom Lande zu tun.

Rose Bernd, die ein Liebesverhältnis mit dem verheirateten Hofbesitzer Flamm beendet hat und von ihm ein Kind erwartet, soll auf Drängen des ahnungslosen Vaters einen biederen Buchbinder heiraten. Sie wird das Opfer einer Erpressung und Vergewaltigung durch den Weiberhelden Streckmann. Als er sie öffentlich beschuldigt, „mit all'r Welt a Gestecke" (Hauptmann 1942) zu haben, versucht der alte Bernd die Ehre seiner Tochter vor Gericht wieder herzustellen. Sie leistet einen Meineid. Als dieser allen Beteiligten klar wird, ziehen sie sich von ihr zurück. Verzweifelt und von allen verstoßen bringt Rose ihr neugeborenes Kind um (Reiss 1990).

Der Kritiker Alfred Kerr schreibt dazu in seiner Rezension:

> *„Jeder steht am Schluss allein da. Und die Heldin, die einen Zusammenhang nicht sieht: die, ohne recht zu wissen, wie, von der Lichtseite auf die Schattenseite kommt, hat am Schluss ein aufdämmerndes Gefühl von dem großen allgemeinen Verlassensein der Menschen. In dieser Trauer liegt die letzte Wahrheit" (Kerr 1903).*

Im Beitrag von Dr. Gunkel in diesem Band – „*Kindstod und Kindstötung in der Kunst*" – wird auf das Trauerspiel „*Rose Bernd*" und Gerhart Hauptmann näher eingegangen. Neben Karl Emil Franzos (1848–1904) mit „*Der Präsident*" (1886) und August Strindberg (1849–1912) mit „*Die Kronenbraut*" nahmen auch Rainer Maria Rilke (1875–1926) und Bertolt Brecht (1898–1956) das Thema der Kindsmörderin auf. Rainer Maria Rilke hatte sich schon in seinen Gedichten mit

dem Tod im Kindesalter auseinandergesetzt (so z. B. in der vierten Duineser Elegie). In der 1899 erschienenen Erzählung *„Frau Blahas Magd“* holt die etwas schwachsinnige Anna ihr getötetes und in einem Koffer abgelegtes Neugeborenes als Figur zum Puppenspiel hervor, ehe sie allen Puppen die Köpfe spaltet. Bertolt Brecht nimmt den Fall der 16-jährigen Kindsmörderin Marie Farrar in seine *„Bittgänge“* der 1926 erschienenen *„Taschenpostille“* auf (Brecht 1958). Im gesellschaftskritischen Moritaten-Balladen-Stil mahnt er:

> *„Ihr, die ihr gut gebärt in sauberen Wochenbetten*
> *Und nennt ‚gesegnet‘ euren schwangeren Schoß*
> *Wollt nicht verdammen die verworfnen Schwachen*
> *Denn ihre Sünd war schwer und ihr Leid groß.*
> *Darum, ich bitte euch, wollt nicht in Zorn verfallen*
> *Denn alle Kreatur braucht Hilf von allen.“*

Die öffentliche Debatte um die Themen Sexualität, Geburt und Kindersterblichkeit hatte sich längst von den Kindesmörderinnen verabschiedet.

In der Kunst- und Literaturszene wurde um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert ein „Unbehagen in der Kultur“ deutlich. Schwankend zwischen hoher Ästhetik und Primitivität werden Lebensgier und Todessehnsucht in den Geschlechterbeziehungen verdeutlicht. Bei der Favorisierung des Triebhaften zählten eher die Spielarten der Sexualität als das Ergebnis.

Die drastischen Strafen der „Peinlichen Gerichtsordnung“ Kaiser Karls gegen Unzucht und Kindesmord wurden in den deutschen Ländern schon seit vielen Jahrzehnten nicht mehr angewendet. Die an ihre Stelle getretene, oft langjährige Inhaftierung in Zucht- und Arbeitshäusern entsprach zwar kaum den Grundanforderungen eines humanen Strafvollzuges, gab den Täterinnen aber Zeit zur Reue und erhielt der Gesellschaft wertvolle Arbeitskräfte.

In den Vordergrund der politischen Auseinandersetzung und Diskussion um Frauenrechte und soziale Besserstellung der Mütter rückte der § 218 des seit 1871 für das Deutsche Reich einheitlichen Strafgesetzbuches: „Eine Schwangere, welche vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleib tötet, wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft (…)“ (RStGB 1871).

Die Strafverfolgung bei Schwangerschaftsabbruch und die sich häufenden Sterbefälle durch unkundige Eingriffe forderten indes nur wenige Schriftsteller heraus. Bei Frank Wedekind (1864–1918) schwängert Melchior, die Hauptperson in seiner Kindertragödie *„Frühlingserwachen“*, ein Mädchen im „sexuellen Probespiel, betrachtet sich als ihren Mörder, weil sie an der Abtreibung gestorben ist, und will sich darum aus Selbstverachtung töten“ (Lehnert 1978). Der Arzt Friedrich Wolf (1888–1953) bewegte mit seinem sozialkritischen Schauspiel *„Zyankali“* (1929) die Menschen nicht nur in Deutschland. Die gewichtige Position, die das Thema „Kindermord“ in der Sturm und Drang-Periode einnahm, wurde jedoch nicht wieder erreicht.

Literaturverzeichnis

Brecht B. Taschenpostille. Aufbau-Verlag, Berlin 1958.

Bürger GA. Gedichte. In: Sauer A (Hrsg.) Verlag W. Spemann, Berlin u. Stuttgart.

Drews J Buchmeier H. Grillparzer: Das Goldene Vlies. In: Kindlers Neues Literaturlexikon. Kindler, München 1989. Bd. 6: 893–894.

Euripides. Medea. Übers. und Nachwort: Woyte, C. Reclam UB 849, Verlag Philipp Reclam jun., Leipzig 1954.

Glaser HA. Medea. Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M. 2001.

Goethe JW von. Sämtliche Werke in 40 Bänden. Eibl K. (Hrsg.) Deutscher Klassiker Verlag, Frankfurt a. M. 1988, Bd. 1 1992, Bd. 9 1999, Bd. 7.1 und 7.2.

Goethe JW von. Urfaust. Petsch R. (Hrsg.) Reclam UB 5273, Verlag Philipp Reclam jun., Leipzig 1948.

Grillparzer F. Sämtliche Werke. Sauer A., Backmann R. (Hrsg.). 42 Bände. Wien und Leipzig 1909–1948.

Habermas R. Das Frankfurter Gretchen. Verlag C. H. Beck, München 1999.

Hauptmann G. Das Gesammelte Werk. Ausgabe Letzter Hand. Bd. 4. S. Fischer Verlag, Berlin 1942.

Henscher HH, Wagner. Die Kindsmörderin. In: Kindlers Neues Literaturlexikon. Kindler, München 1992, Bd. 7: 327–328.

Joerden K. Euripides, Medea. In: Kindlers Neues Literaturlexikon. Kindler, München 1989, Bd. 5: 324–325.

Kranz W. Geschichte der Griechischen Literatur. Verlag Dieterich, Leipzig 1958.

Kerr A. Rose Bernd. Erstaufführung im Deutschen Theater. Der Tag (03.11.1903) 515.

Lehnert H. Geschichte der deutschen Literatur vom Jugendstil bis zum Expressionismus. Philipp Reclam jun., Stuttgart 1978.

Lenz JMR. Werke und Briefe in drei Bänden. Damm S. (Hrsg.) Insel Verlag, Leipzig 1987.

Mann T. Adel des Geistes. Aufbau-Verlag, Berlin und Weimar 1965.

Mellein R. Seneca, Medea. In: Kindlers Neues Literaturlexikon. Bd. 15. Kindler, München 1991: 204.

Rameckers JM. Der Kindermord in der Literatur der Sturm-und-Drang-Periode. Verlag Nijgh & van Ditmar, Rotterdam 1927.

Reiss G. Hauptmann, Rose Bernd. In: Kindlers Neues Literaturlexikon. Bd. 7. Kindler, München 1990: 403–404.

Rilke RM. Werke. Auswahl in drei Bänden, Bd. 3. Insel Verlag, Leipzig 1963.

Schiller F. Gedichte. Philipp Reclam jun., Sonderdruck der Helios Klassiker, Leipzig 1925/1930.

Wagner HL. Die Kindsmörderin. Schwickertscher Verlag, Leipzig 1776.

3 Kindstötung in der Rechtsgeschichte

Günther Häßler, Frank Häßler

3.1 Römische Antike

Geprägt von der bäuerlichen Lebensanschauung bildete die Familie in der Antike die Grundlage der Gesellschaft. Entsprechend autoritär war die Stellung des Hausvaters, des Patriarchen. Seine umfassende Gewalt über die Familie, die nicht nur Frau und Kinder, sondern auch Schwiegertöchter, Klienten und Sklaven einschloss, wurde zwar im Laufe der Jahrhunderte eingeschränkt – so ging die Blutgerichtsbarkeit schon relativ früh auf den Staat über – blieb aber in den Grundzügen noch bis in das Mittelalter erhalten.

Ein dem Vater zustehendes Recht war, über Leben oder Tod eines neugeborenen Kindes seiner weiblichen Familienangehörigen zu entscheiden (potestas vitae necisque), soweit sie nicht förmlich aus dem Hausverband ausgeschieden waren (emancipatio). Bei der Ablehnung des Kindes (unmittelbar nach der Geburt, noch vor der Nahrungsaufnahme oder innerhalb einer sehr kurzen Frist) erfolgte die Tötung oder Aussetzung.

Neben dem Kindesvater im eherechtlichen Verhältnis war die Ausübung der Gewalt auch dem Vater der ehelosen Mutter und nach seinem Tod einem nächsten männlichen Verwandten (tutor) möglich (Huchthausen 1981).

Gründe für die Entscheidung brauchten nicht vorgetragen werden, auch eine spätere Rechtfertigung entfiel. Zweifel an der eigenen Vaterschaft und offensichtliche körperliche Fehl- und Missbildungen beeinflussten sicher die Entscheidung gegen das Leben des Kindes. Enttäuschte Erwartungen auf einen Sohn und Erben minderten die Chancen der kleinen Mädchen. Befürchtete Belastungen eines ohnehin schmalen Familienetats durch weiteren Zuwachs spielten insbesondere bei ärmeren Landbewohnern und den Angehörigen der Stadtarmut eine Rolle. Doch auch bei den besser gestellten Familien

waren Abtreibung und Kindstötung zur „Nachwuchs-Regulierung“ durchaus üblich.

Als sich gegen Ende der römischen Republik die rechtliche Stellung der Frauen und ihre gesellschaftliche Anerkennung schon bedeutend gebessert hatten, blieb ihnen ein gesetzlich fixiertes Mitsprache- und Entscheidungsrecht über das Leben ihres Kindes weiterhin versagt. Eine Kindstötung durch die Mutter wurde als Verwandtenmord sogar außerordentlich streng bestraft, denn erschwerend kam die Missachtung der väterlichen Gewalt hinzu. Eine ähnliche Rechtsauffassung nahm das römische Recht gegenüber der Abtreibung ein.

Einerseits hatte die Leibesfrucht keinen eigenen Status, galten die Feten als Teil des mütterlichen Körpers, nicht als Menschen (Infans nondum natus adhuc in utero existus, vere dici homo nequat). Andererseits war die Selbstabtreibung mit Rücksicht auf das patriarchalisch definierte Geschlechterverhältnis strafbar, denn damit betrog die Frau den Mann um seine Kinder (Jerouschek 1997).

Die Tötung oder Nichttötung der Leibesfrucht einer Sklavin blieb eine Sachentscheidung ihres Besitzers, auch dann, wenn er selbst das Kind gezeugt hatte. Als in der Spätantike der Bedarf an Arbeitskräften auf dem Sklavenmarkt nicht mehr gedeckt werden konnte, scheiterte die versuchte „Aufzucht“ von Sklavenkindern. Unter dem von innen und außen wachsenden Druck auf das Weltreich propagierte Kaiser Augustus (63 v.–14 n. Chr.) eine Rückkehr zu den Sitten der Väter. Er betonte in der Zivilgesetzgebung die Rechte der Sklavenbesitzer, schränkte die Möglichkeiten der Freilassung ein und verschärfte die Strafen gegen ungehorsame und aufrührerische Sklaven.

Mit drei großen Gesetzesvorlagen in den Jahren 19 und 18 v. Chr. und im Jahr 9 n. Chr. drohte er für „sittenwidriges Verhalten“ Strafen an, machte den Angehörigen der oberen Stände die Ehe zur Pflicht und verband Kinderlosigkeit durch Verhütung, Abtreibung und Kindestötung mit Beschränkungen der Erbfähigkeit und anderen Nachteilen. Die Umsetzung dieser Gesetze blieb begrenzt und ohne nachhaltige Wirkung (Müller 1982).

Die Gruppen der frühen Christen forderten von ihren Mitgliedern nach den Geboten Jesu Christi und der ersten Kirchenführer: „Du sollst nicht töten. Du sollst nicht ehebrechen. Du sollst nicht Unzucht treiben.“ Damit traten sie für die eheliche Zeugung und gegen jegliche Art von Geburtenkontrolle ein. Noch hatten sie aber den Status einer verfolgten und von der Mehrheit nicht wahrgenommenen Minderheit.

Erst im Jahr 318 n. Chr. erließ Kaiser Konstantin (274–337 n. Chr.), der später in Byzanz residierte, ein Gesetz, das die Kindstötung durch den Vater als Verwandtenmord (parricidium) einordnete und mit der Todesstrafe für den Täter bedrohte. Auch wer Kinder aussetzte, sollte in einem Sack zusammen mit Schlangen und anderem Getier ertränkt werden.

Kaiser Valentinian I. (321–375 n. Chr.) und Kaiser Justinian (483–565 n. Chr.) bekräftigten in späteren Jahren noch einmal das Verbot der Kindstötung (Huchthausen 1981).

Der Einflussbereich ihrer Gesetzgebung war durch die von allen Seiten eindringenden Germanen jedoch stark geschrumpft. Die Einheitlichkeit römischer Rechtsauffassung ging mit der Auflösung des Weltreiches weitgehend verloren. Trotzdem blieben viele Elemente erhalten, wurden modifiziert und angepasst an die Rechtstraditionen der Urteilsfindung und -vollstreckung germanischer Stämme.

3.2 Germanen

Die ursprüngliche Sippenrache, ein privatrechtliches Strafrecht, das allein von den Ältesten der Sippen wahrgenommen wurde, war bereits zu Beginn des römischen Vorstoßes nach Norden überwunden. Zur Sicherung des sozialen Friedens in den sich ausdehnenden germanischen Gruppen war mehr und mehr das Eingreifen von über der Sippe stehenden Verbänden notwendig geworden. Das Ausstoßen von Missetätern, die die Ordnung durch Totschlag, Körperverletzung, Raub oder Diebstahl gestört hatten, bedeutete für diese den Verlust des Schutzes in einem solchen Verband. Die bei schweren Friedensbrüchen vollzogene Todesstrafe stand als Opfer für die Götter häufig in Verbindung zum Sakralen.

Innerhalb der germanischen Gesellschaft nahm die Frau eine geachtete, wenn auch nicht gleichberechtigte Stellung ein. In ihrer rechtlichen Stellung waren die Frauen den Unmündigen (im Allgemeinen waren das die Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Geisteskranke) gleichgestellt. Sie konnten im älteren Recht weder friedlos werden, noch einer öffentlichen Todesstrafe verfallen. Soweit nicht die Sippe wegen Verletzung der Sippenehre eingriff, unterstanden die Frauen der Strafgewalt der Hausherren (His 1967).

Außerehelicher Geschlechtsverkehr galt bei den Frauen als Verbrechen. Der gehörnte Ehemann konnte die Todesstrafe vollziehen oder die Frau mit abgeschnittenen Haaren – auch Ohren oder die Nase konnten abgeschnitten werden – und entblößt aus dem Hause jagen. Bei den Westgoten und Langobarden wurde der Ehebrecher der Rache des betrogenen Ehemannes ausgeliefert, konnte dabei zu Tode, aber auch mit einem Buß- oder Wergeld davon kommen.

Das so genannte Volks- oder Germanenrecht (leges barbarorum) der Zeit der Völkerwanderung und des Frankenreiches (z. B.: Lex Salica um 510 n. Chr. bis Lex Saxonum 802 n. Chr.) stand auf niedrigerer Stufe als das seit den „Zwölftafelgesetzen“ (um 450 v. Chr.) in mehr als 1000 Jahren herausgebildete materielle und prozessuale römische Recht.

Es war neben der fortbestehenden patriarchalischen Hausverfassung geprägt von der Wehrverfassung, die alle Rechte und Pflichten wehrfähiger Männer regelte. Die Frauen blieben nicht prozessfähig, nicht lehensfähig und bedurften eines „muntes“ (Vormund), um eigene Rechte oder die ihrer Kinder wahrzunehmen.

Die für den Totschlag bei vielen südgermanischen Stämmen übliche Wergeldzahlung als Sühne kommt bei den Westgoten und bei anderen nordgermanischen

Stämmen deutlich seltener vor. Ein fränkisches Gesetz König Childeberts II. aus dem Jahr 596 n. Chr. stellte es der verletzten Sippe anheim, ob sie ein Sühnegeld annahm (His 1967).

Die Verwandtentötung wurde bereits in der fränkischen Zeit bei manchen Stämmen als schwere Tötung mit öffentlicher Strafe belegt.

Die Tötung eines neugeborenen Kindes durch die Mutter wurde in den Quellen (nach Ketsch 1984) mit starken Unterschieden behandelt. Eine mindere Strafe wurde mit der Unmündigkeit der Mutter, der Verantwortung des „muntes", der geminderten Rechtsfähigkeit des neugeborenen Kindes oder der bei der Sippe liegenden Strafgewalt begründet.

Nach Heinsohn und Steiger (2005) gab die Lex Frisionum um 800 n. Chr. den Frauen in Friesland das Recht zur Tötung ihres Nachwuchses. Bei anderen Stämmen war der Kindermord dagegen als schändliche Tötung mit verschärfter oder öffentlicher Strafe bedroht. Die mit der Tötung verbundene Heimlichkeit, die Verletzung des Vaterrechts und die Gefährdung der Geschlechterfolge standen hier im Vordergrund und rückten die Tat in die Nähe des Gattenmordes, der als Verletzung des Treueverhältnisses bei Franken, Langobarden und Alemannen immer mit dem Tode zu bestrafen war (His 1967).

Ernst Holthöfer (1997) vermerkt zu den Stammesrechtskodifikationen des frühen Mittelalters: „In lateinischer Sprache von Klerikern aufgeschrieben, sind sie allerdings schon nicht mehr frei von Spuren spätantiken, also spätromanischen oder frühkanonischen Rechtsdenkens, geben also das überkommene Stammesrecht nicht mehr ganz unvoreingenommen wieder."

Die nachhaltigere Wirkung des römischen Rechts lag dabei im Zivilrecht und vor allem in den von Germanen eroberten Gebieten südlich der Alpen und westlich des Rheines. Eine Sonderstellung hatte sich schon früh im Angelsächsischen herausgebildet.

3.3 Das Recht im Mittelalter

Um die Jahrtausendwende festigten sich die feudalen Strukturen und Machtbereiche und mit fortschreitender Christianisierung wuchs der Einflussbereich der Kirche. Die Sicherung und Erweiterung von Grundbesitz, Herrschaft über Vasallen und Dienste brachte ein andauerndes Konfliktpotenzial zwischen den weltlichen und kirchlichen Mächten und zwischen den Hierarchieebenen hervor.

Die ursprüngliche Grundherrschaft war nicht so sehr Verfügung über Grundeigentum als Herrschaft über abhängige Menschen, die den Schutz ihres Herren genossen und ihm dafür Dienste leisteten. Solcher Herrenschutz war aus der Schutzpflicht des Hausvaters sowie des Gefolgsherren erwachsen und verdichtete sich im 9. Jahrhundert zum Gerichtsschutz, als die karolingische Monarchie verfiel und der Rechtsschutz von den großen Grundherren übernommen werden musste (Rössler 1961).

Das Königsgericht war zuständig für die Streitigkeiten zwischen den Fürsten und zugleich höchste Berufungsinstanz. Neben der von den großen Grund-

herren erworbenen hohen Gerichtsbarkeit („Blutgerichtsbarkeit“) waren die Bewohner der Gerichtsbarkeit des Landrichters unterstellt. Das war der Herzog oder Graf, den der König mit einem Land beliehen und der damit auch den „Königsbann“ erhalten hatte. Er führte an des Königs Stelle im Volks- oder Landgericht den Vorsitz.

Das Gerichtsurteil maß keine Strafe im heutigen Sinne zu. Dieser Begriff erscheint erst um 1200 n. Chr. und hat zunächst nur die Bedeutung eines „Tadels“. Das Urteil im Strafprozess erging vielmehr darüber, ob sich der Beklagte gegen die Interessen der Gemeinschaft nach „Frieden“ vergangen hatte. Fried- und rechtlos stand er im Falle einer „verfestung“ und jeder konnte ihn totschlagen. War sein Vergehen von geringerem Gewicht, stimmten das Opfer oder seine Angehörigen zu, konnte auch durch die Zahlung eines „wergeldes“ die Sühnung der Tat erfolgen und der Täter gewann die Zugehörigkeit zur Friedensgemeinschaft zurück (His 1967).

Grundsätzlich sprachen die Urteile dem Geschädigten eine Vergeltung zu. So wurden schon geringe Vergehen mit grausamen Verstümmelungen geahndet. Für Diebstahl wurde die Hand abgeschlagen, Verleumdern und Meineidigern die Zunge ausgerissen, bei Kirchenraub und Brandstiftung kam der Verurteilte auf das Rad, wo ihm die Glieder gebrochen wurden.

In die Verliese der Burgen, Stadtmauern oder Fronhöfe wurden die Angeklagten bei Fluchtgefahr bis zum Gerichtstermin geworfen. Oft hielten es die Ankläger für angebracht, den Delinquenten Wochen und Monate in der Dunkelheit und Nässe bei karger Verpflegung zu halten, um ihn „einsichtig“ und „geständig“ zu machen.

Außerhalb des Landrechts bildeten sich eigene Gerichte im Lehnswesen und in den Städten heraus, die aber unter Königsbann blieben. Für die Angelegenheiten der dörflichen Gemeinschaft entstanden so genannte Bauerngerichte, die unter der Leitung eines „Bauermeisters“ oder Erbrichters über Wege- und Brückenrechte, Wasserregulierungen und Dammbauten berieten (Friese 1967).

In kirchlichen Grundherrschaften lag die niedere Gerichtsbarkeit auf den Höfen in den Händen des Verwalters, des Meiers.

Holthöfer (1997) charakterisiert die Rechtsentwicklung seit dem Ausgang der späten Karolingerzeit als ein schwer durchdringbares Dunkel: „Allein im Kirchenrecht markiert die ununterbrochene päpstliche Reskriptpraxis einen Weg in das hohe Mittelalter.“

Erst in den frühen Jahrzehnten des 13. Jahrhunderts kommt es wieder zu umfassenden Rechtsaufzeichnungen. Sie erscheinen in den südeuropäischen und nordischen Königreichen meistens als vom Herrscher autorisiertes Gesetzbuch, in den übrigen Regionen als privates Rechtsbuch, das mit sachlicher Autorität Geltung erlangt.

Dazu zählen der „*Sachsenspiegel*“ des Eike von Repgow (um 1230 n. Chr.), der „*Schwabenspiegel*“ (um 1270 n. Chr.) und zu Beginn des 14. Jh. der „*Frankenspiegel*“, oft auch als „*Kleines Kaiserrecht*“ bezeichnet.

Viele dieser Rechtsbücher bringen eine Statusverbesserung für unverheiratete Frauen und Witwen. Vor allem in bairischen und fränkischen Gebieten verliert die Sippe zugunsten der Familie an Bedeutung. In Gebieten des friesischen und lübischen Rechts, in Schleswig (jütisches Recht), im Deutschordenland, Kurland und Livland blieb die Unmündigkeit der Frauen in vollem Umfang bestehen. Die Ehefrau befindet sich durchweg noch in der Schutzherrschaft ihres Mannes („Vogtei"). Verbesserungen zeigen sich aber auch hier im Erb- und Lehensrecht, sowie bei Vormundschaft der Witwen über ihre Kinder.

Dieser spätmittelalterliche Emanzipationsprozess im Zivilrecht kommt im 16. Jahrhundert zum Stillstand und ist teilweise rückläufig.

Im Strafrecht rückt die Öffentlichkeit, das gesellschaftliche Interesse an der Aufrechterhaltung von Ordnung und Unterordnung immer mehr in den Vordergrund. Die „Strafe" ist zwar weniger grausam als im Vergeltungsrecht, hat aber wegen der offiziellen Position der Ankläger einen breiteren prozessualen Rahmen mit Verteidigern und juristisch gebildeten Sachverständigen. Die auf einigen Gebieten weitere Verschärfung der Strafen erfolgt nun ohne Rücksicht auf das Geschlecht der Täter und schenkt auch deren Alter immer weniger Beachtung.

Unter dem Einfluss der Kirche waren die Frauen vor allem von Sittlichkeitsdelikten bedroht. Der Schwabenspiegel verurteilte den Geschlechtsakt zwischen Juden und Christen als Ketzerei und bedrohte ihn mit dem Feuertod. In Straßburg konnten Knechte, die sich mit den Töchtern ihrer Herren einließen, ertränkt, und Mägde, die mit den Söhnen der Herrschaft Unzucht trieben, geblendet und auf ewig verbannt werden (Arnau 1965).

3.4 Kindsmord und Kirchenrecht

Der alttestamentarische Bund zwischen Gott und seinem Volk Israel forderte die Einhaltung der von Gott gegebenen und in den Büchern Moses (2. Buch Exodus 20–24, 5. Buch Deuteronomium 12–26) festgehaltenen Gebote. Als gesetzliche Bestimmungen regeln sie die Beziehungen zu Gott, das Zusammenleben der Israeliten untereinander und mit anderen Völkern. Danach sind nicht nur der Ehebruch und das Begehren der Frau eines Anderen verboten, sondern auch die Vergewaltigung junger Mädchen und die widernatürliche Unzucht mit Tieren mit Strafe belegt.

Bereits im jüdischen Patriarchat war die Kindstötung untersagt; die Kindesaussetzung wurde noch hingenommen. Die Ehe, in der römischen Kirche zur Würde eines Sakramentes erhoben, ist die Gemeinschaft, in der sich Eltern und Kinder als wertvolle Garanten der sozialen Ordnung und des christlichen Lebens entfalten: „Seid fruchtbar und vermehrt euch! Füllt die ganze Erde und nehmt sie in Besitz" (1. Buch Moses, Genesis 1, 28).

Abtreibung und Kindstötung verstoßen gegen dieses Gebot und hindern die Seelen der getöteten, ungetauften Kinder an der Glückseligkeit des Himmels teilzuhaben. Im neutestamentarischen Kindermord von Bethlehem durch He-

rodes (73–4 v. Chr.) liegt eine der Wurzeln für die spätere Einordnung des Kindermordes als abscheuliches Verbrechen. Die Kirche erblickte in den Opfern des Kindermordes die ersten Märtyrer, die um Christi Willen starben und widmete ihnen den Kult der „unschuldigen Kinder“ (Matthäus 2.1 und Lukas 1.5).

Im Laufe der kirchlichen Entwicklung bilden sich mit der Moral- und Sittenlehre vor allem drei Arten verbotener Handlungen im Sexualbereich heraus (Hull 1997):

- Gewalt (Notzucht, Entführung)
- Verkehr aus reiner Lust und außerhalb der Normen (Unzucht, Ehebruch, „zu früher Beischlaf“, Konkubinat, Inzest, Sodomie)
- Beseitigung der Folgen des Geschlechtsverkehrs (Abtreibung, Aussetzung)

Umstritten und nie konsequent verfolgt wurde die Verhütung der Schwangerschaft in der Ehe und im außerehelichen Verkehr.

Im Lehrbuch des Kirchenrechts (Corpus Iuris Canonici) postuliert Gratian um 1140 n. Chr. die Ehe als einzigen Rahmen legitimen geschlechtlichen Verkehrs. Abtreibung wird als Totschlag eingestuft, wenn das Empfangene ein belebtes Vernunftwesen war (Dekretalen von Papst Gregor IX, Liber extra aus dem Jahr 1234 n. Chr.). Kindstötung und -aussetzung erscheinen als schlimme Vergehen in den ständig wiederholten Edikten und die wachsenden christlichen Gemeinden werden mit Bußkatalogen überschüttet. Geholfen haben sie bei der Moralverbesserung nur bedingt, und die weltlichen Gerichte im Einflussbereich recht lebenslustiger Herren haben sich zumeist nur zögerlich den kirchlichen Vorgaben angeschlossen (Jerouschek 1997).

Die Reformatoren sahen im Versuch der römischen Kirche, die Sünden durch kirchlich verordnete Leistungen zu kompensieren oder etwas an sich nicht Gutes um der Kirche willen doch zu tun und zu „regulieren“, etwas, das mit den christlichen Werten nicht länger zu vereinbaren sei.

Für die unverheirateten Frauen brachte diese Erkenntnis auch in den Regionen, die vom päpstlichen Regime abgefallen waren, kaum Gewinn.

„Die reformatorische Aufwertung der Ehe führte spiegelbildlich zu einer härteren Sanktionierung von ‚freiwilligen‘ vor-, außer- und nicht-ehelichen geschlechtlichen Taten, die als besondere Gefahr für die ‚gottgewollte‘ Sittlichkeit gewertet wurden“ (Hull 1997).

Und so vertraten gerade die Reformatoren mit Nachdruck die Vorstellung, dass die göttlichen Gebote der Bibel von der weltlichen Obrigkeit als geltendes Recht durchgesetzt werden müssten. Eine Vorstellung, die letztlich zur Kriminalisierung der unehelich Schwangeren führte und die Todsünde mit der Todesstrafe verband (Flügge 1997).

Der am sächsischen Hof tätige Rechtsgelehrte Benedikt Carpzow (1595–1666), verantwortlich für eine hohe Zahl an Todesurteilen gegen liederliche und unzüchtige Frauen, die wegen Kindesmord angeklagt waren, formulierte in der „Practica Nova Imperialis Saxonica verum criminalium“ (Wittenberge 1684):

„(…) denn was ist grausamer als zur Vermeidung der Schande, die mit einem geringen Verbrechen verbunden ist, das große Verbrechen des Kindesmordes zu begehen" (zitiert bei Ulbricht 1997).

3.5 Die Carolina

Im Laufe der Jahrhunderte wandelten sich die Rechtsformen vom Personalprinzip – maßgebend für die Tatbeurteilung ist das Recht des Stammes – zum Territorialprinzip, wonach das Recht des Gebietes, in dem man wohnt, herangezogen wird. Noch bis in das Spätmittelalter hinein blieb jedoch die starke Zersplitterung vor allem im Strafrecht bestehen. Die Rechtsbücher gaben zwar den mit der Urteilsfindung betrauten Personen einen Anhaltspunkt, eine Orientierung, aber keinen verbindlichen Rahmen im Sinne moderner Gesetzgebung. So waren Willkür und Fehlurteile aus Unkenntnis bei der Strafverfolgung und bei der Strafbemessung nicht zu vermeiden.

Die zunehmende Migration der Bevölkerung und die Lösung aus der engen Bindung an den Lehnsherren machten es den Tätern leicht, der strengeren Rechtsprechung einzelner Gerichte zu entgehen, zumal es eine wirksame polizeiliche Behörde erst in Ansätzen gab.

Mehr noch machte die seit dem Ende des 15. Jahrhunderts mit steigender Bevölkerungszahl wachsende Kriminalität die Schaffung einheitlicher Rechtsgrundlagen zwingend erforderlich. Das Machtstreben der Fürsten und Bischöfe, das Raubrittertum und die Dauerfehden beim Ringen um die Besitzstände der Adligen und Patrizier, die Wegelagerei, Diebstahl und aggressive Bettelei im Existenzkampf bei den von wachsender Armut bedrohten Besitzlosen gefährdeten zunehmend den gesellschaftlichen Frieden und die Stabilität des Kaisertums.

Im Jahr 1495 verkündete Kaiser Maximilian I. (1459–1519) den allgemeinen „ewigen Reichsfrieden". Rechtsfragen sollten nicht mehr durch Fehden, also mit Gewalt, sondern durch ein Reichskammergericht entschieden werden, dessen Präsidenten die Höchstgerichtsbarkeit übertragen wurde und dessen allein entscheidende Richter von den Fürsten gewählt wurden. Maximilians Pläne einer Politik, die den Interessen des Reiches dienen sollte, scheiterten letztlich am Widerstand der Fürsten und Städte, an der Verweigerung finanzieller Mittel aus einer Reichssteuer und an der mangelnden Durchsetzung von Beschlüssen des Reichsgerichts (Rössler 1964).

Sein Enkel, der 1519 zum Kaiser gewählte Karl V. aus dem Hause Habsburg (1500–1558), suchte den Ausgleich zwischen den nach Reformation in staatlichen und kirchlichen Belangen drängenden Kräften und den auf Erhaltung von Macht und Einfluss Beharrenden.

Ein wesentlicher Eckpunkt seiner habsburgischen Reichspläne war nach kriegerischen und diplomatischen Erfolgen gegen die Franzosen und Türken sowie Beruhigung der Lage in Deutschland (durch den Schmalkaldischen Bund) die Verabschiedung der „Peinlichen Hals- und Gerichtsordnung Karls V."

(Constitutio Criminalis Carolina, kurz CCC genannt) und einer Reichspolizeiordnung durch die Reichsstände 1532 auf dem Reichstag zu Regensburg.

Maßgeblich an der Ausarbeitung waren der Freiburger Rechtsprofessor Ullrich Zasius und der Leiter der Verwaltung von Bamberg und Ansbach, Johann von Schwarzenberg, beteiligt.

> *„Indem er (Schwarzenberg) im Geiste der Maximilianszeit römische und deutsche Rechtsvorstellungen verschmolz, nahm er die Verfolgung von Straftaten aus der Hand der Beteiligten und legte sie in die der Obrigkeit, der er nun auch die Feststellung der persönlichen Schuld und der Strafe übertrug“ (Rössler 1964).*

Von den 219 Artikeln des Reichsgesetzes richten sich 17 gegen (Schadens-)Zauberei und Sexualdelikte.

Die bereits 1507 im Bamberger Strafrecht (Bamberger Reichshalsgerichtsordnung – CCB) fixierten Todesstrafen für Ehebruch, Abtreibung, Inzest und Kindesmord erhielten nun Gültigkeit für die deutschen Länder und Österreich, Tschechien und Ungarn, die Niederlande, Sizilien und Spanien, einschließlich der spanischen Territorien in Übersee.

Als sexuelle Vergehen, die mit Leibes- oder Todesstrafen geahndet werden, nennt die Carolina:

- Artikel 116: Homosexualität und Sodomie
- Artikel 117: Inzest in der Familie
- Artikel 120: Ehebruch
- Artikel 122: Verkauf von Weibern und Kindern zu unkeuschen Werken
- Artikel 123: Kuppelei und Beihilfe zum Ehebruch
- Artikel 131: Kindestötung
- Artikel 132: Kindesaussetzung
- Artikel 133: Abtreibung und Empfängnisverhütung

Der Artikel 131 der CCC besagt:

> *„Wenn ein Weib sein Kind, das Leben und Gliedmaßen empfangen hat, heimlich boshaft tötet, werde es gewöhnlich lebendig begraben oder gepfählt, man solle aber, wo es sich machen lasse, sie lieber, um Verzweiflung zu verhüten, ersäufen. Wo das Verbrechen oft begangen werde, dürfe man aber zur Abschreckung das Eingraben und Pfählen auch benutzen oder die Übeltäterin mit glühenden Zangen vor dem Ertränken reißen, alles nach dem Rat der Rechtsverständigen“ (Der genaue Wortlaut des Artikels 131 ist im Anschluss dieses Beitrags wiedergegeben).*

Die Artikel 35 und 36 der CCC gehen auf den Nachweis der heimlichen Schwangerschaft und Geburt ein, lenken damit die Aufmerksamkeit auf den Kreis der ledigen Frauen und öffnen der Folteranwendung die Pforten.

> *„Wenn man ein Mädchen, das als Jungfrau gilt, verdächtigt, dass sie heimlich schwanger gewesen und das Kind getötet habe, so soll man insbesondere nachforschen, ob sie mit einem ungewöhnlich großen Leib gesehen wurde. Überdies, ob ihr Leib kleiner*

wurde und sie danach bleich und schwach gewesen sei (...). Sie soll durch verständige Frauen an einem geheimen Ort überprüft werden, um genaueres zu erfahren. Bestätigt sich der Verdacht und will sie dennoch nicht gestehen, dann soll sie auf der Folter befragt werden" (Art. 35, CCC).

Die „verständigen Frauen" sind seit dem Anfang des 15. Jahrhunderts Hebammen, die durch Vereidigung und gebunden an städtische Ordnungen (z. B. 1417 in Nürnberg, 1452 in Regensburg, 1510 in Freiburg) den Gebärenden professionelle Hilfe leisteten und durchweg als behördliche Kontrolleurinnen tätig waren.

Bei der Bekämpfung nichtehelicher Beziehungen (Konkubinat), Ermittlung des Kindsvaters wegen der Unterhaltszahlung, Verhinderung der Abtreibung, Kindstötung oder -aussetzung spielten sie eine wesentliche Rolle. Oft genug gerieten sie dabei selbst in den Verdacht der Mithilfe und Unterstützung beim unerlaubten Schwangerschaftsabbruch oder der Beseitigung der Neugeborenen.

Nach der CCC galt die Tötung eines neugeborenen Kindes als eines der schwersten Verbrechen überhaupt. Bei der auffallend harten Bestrafung für dieses Vergehen sind Traditionen der Kirche mit eingeflossen. In welchem Umfang die ledigen Kindsmütter eine Stellvertreter-Position für den allgemeinen Sittenverfall und die Unkeuschheit breiter Volksmassen einnehmen, ist in der Forschung umstritten.

Van Dülmen (1991) bemerkt dazu, dass beim Kindsmord „immer auch das sittenwidrige und unzüchtige Verhalten bestraft" wurde. Die lockeren Sitten an den Fürstenhöfen, auf den Adelssitzen und Burgen sowie das fröhliche Treiben in den städtischen Badestuben und Frauenhäusern, nach der Reformation auch in einigen Frauenklöstern, passen nicht so recht in dieses Bild. Oder es zeigte sich auch hier die Doppelmoral der Sittenwächter.

Mit der CCC war im Deutschen Reich eine einheitliche Grundlage für die rechtliche Behandlung von Kindstötung geschaffen. In Frankreich mussten nach einem Edikt Heinrichs II. (1518–1559) aus dem Jahr 1556 nicht verheiratete Frauen ihre Schwangerschaft behördlich anzeigen, um der Verdächtigung einer mit Todesstrafe bedrohten Kindstötung zu entgehen, falls ein außerehelich gezeugtes Kind während oder kurz nach der Geburt ums Leben kam. In England war das 1623 von Jakob I. (1566–1625) erlassene Gesetz, das die Kindstötung durch unverheiratete Frauen ebenfalls mit der Todesstrafe bedrohte, Teil einer allgemeinen Disziplinierungskampagne gegen Unzucht und Illegitimität. Die harten Strafen wegen der Verheimlichung der Geburt (concealment of birth) wurden jedoch nur selten angewendet. Es war die „stillschweigende Ablehnung eines harten Gesetzes" (Frick 1995).

Der einheitliche Rechtsrahmen der CCC besagt ebenfalls nicht viel über die tatsächliche Anwendung des Gesetzes in den Territorien des Reiches. Eine salvatorische Klausel ermöglichte es den Landesherren und Reichsstädten eigene Regeln beizubehalten, soweit das Strafmaß der Carolina nicht überschritten wurde (Radbruch 2001). Territoriale Kodifikationen werden fast durchweg erst mehr als 150 Jahre nach Verabschiedung der Carolina erlassen:

- Bayern: Codex Juris Bavarici Criminalis 1751 und weitere 1753, 1755, 1771
- Hessen: Peinliche Halsgerichtsordnung von 1726
- Österreich: Neue Peinliche Hals-Gerichts-Ordnung 1708 und Constitution Criminalis Theresiana 1768

Neben der Reichspolizeiordnung (1530) und Reichskammergerichtsordnungen (1495, 1521, 1555), die als Richtschnur dienen sollten, wurden zunehmend ergänzende Polizeiordnungen durch die Territorialgewalten erlassen, die eine allgemeine Tendenz zur Milde erkennen ließen (Schnabel-Schüle 1997).

3.6 Kindstötung in der frühen Neuzeit

Einen erheblichen Nachteil bei Untersuchungen zur Sozialgeschichte der Kindstötung bilden die zumeist fehlenden und auf alle Fälle lückenhaften Quellen. Das gilt in erster Linie natürlich für das Mittelalter bis hinein in das 16. Jahrhundert.

Die Quellengattung der Gerichtsakten und Gutachten (juristische und medizinische) ist unmittelbar mit der Kriminalität verbunden, die keine Wirklichkeit für sich darstellt, sondern immer nur in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Einrichtungen und obrigkeitlichem Handeln existiert (Blasius 1980).

Die in den Akten festgehaltenen Erscheinungsbilder von Straftätern und ihren Missetaten weisen vielfältige und in den Zeitläufen wechselnde Beeinflussungen und Verzerrungen auf. Unterschiedliche Prioritäten in der Strafverfolgung, Variationen im Aufbau und in der Ausstattung des Justiz- und Polizeiapparates, des Sozialstatus und des Umfeldes der Straftäter in Städten oder ländlichen Gebieten, verhaltene Einstellung oder Mitwirkung der Bevölkerung gegenüber Rechtsinstanzen und -normen müssen bei einer heutigen Wertung immer beachtet werden.

> *„Was als kriminelles Verhalten in den Gerichtsakten vergangener Zeiten überliefert wird, ist das Endergebnis vielfältiger Auslesemechanismen, die zudem noch untereinander in wechselseitigen Verhältnissen stehen und sich gegenseitig beeinflussen können" (Michalik 1997).*

Die Kindstötung ist neben der Aussetzung (Findelkinder) und Freigabe zur Adoption bis in das 19. Jahrhundert hineinreichende Strategie einer postnatalen Familienplanung und durchaus nicht begrenzt auf die außerehelich gezeugten Kinder. Die seit dem Ende des 18. Jahrhunderts geweckte Aufmerksamkeit für dieses Thema hält bis in die Gegenwart an.

Viele wissenschaftliche Arbeiten sind wegen der Schwierigkeiten im Quellenmaterial auf Fallbeispiele aus Teilregionen oder Zeitspannen ohne Kontinuität begrenzt. Gesicherte Aussagen, regionale Vergleiche und verallgemeinernde Schlussfolgerungen sind unter diesen Umständen auch bei gründlichster Recherche kaum möglich.

Vier Quellenuntersuchungen gehen mit deutlichem Gewicht über diesen Rahmen hinaus (s. Tab. 1).

Tab. 1 Untersuchungen zu Kindstötungen

Autor	Anzahl der Fälle	Zeitraum	Region
Meumann, 1995	250	1600–1800	Hannover, Hildesheim
Michalik, 1997	1.400	1656–1807	Kurmark Brandenburg, Ost- und Westpreußen
Zimmermann, 1991	65	1582–1792	Württemberg
Ulbricht, 1990	350	18. Jh.	Schleswig-Holstein

Darüber hinaus liefern van Dülmen (1991, 1995) und Wächtershaus (1973), gestützt auf eigene Untersuchungen und ältere Materialien, wie z. B. die mehrfach auch von anderen Autoren herangezogene Arbeit Bodes über Kindstötungen und ihre Bestrafung in Nürnberg zu Beginn der Frühen Neuzeit (aus dem Jahr 1915), wichtige Fakten und Zahlen.

3.7 Die Täterinnen

Der Arbeit von Michalik (1997) liegen insgesamt 1.400 Fälle von Kindstötungen aus dem Zeitraum 1656/64 bis 1806/07 zugrunde, davon aus der Kurmark Brandenburg und Ostpreußen 1.241 Fälle über den gesamten Zeitraum und aus Westpreußen 190 Fälle im Zeitraum 1772–1806. Die von ihr gesichteten Akten befinden sich im Preußischen Gerichtsarchiv in Berlin.

95 % der getöteten Neugeborenen und Kleinkinder waren aus nichtehelichen Beziehungen hervorgegangen, 68,7 % der Mütter im Alter zwischen 20–29 Jahren, die Mehrzahl von ihnen (77,9 %) als Dienstmagd in Stellung oder als Tagelöhnerin tätig. Nur in 300 Fällen konnte der soziale Hintergrund aus den Gerichtsakten ermittelt werden. Danach kam mehr als die Hälfte aus den unteren Schichten, ein Viertel aus bäuerlichen Wirtschaften und nur knapp ein Fünftel aus dem gehobenen Bürgertum. Ulbricht (1997) erklärt die seltene Herkunft aus dem (Voll-)Bauerntum, dem Bürgertum und dem Adel mit einer anderen Sexualmoral und besseren Strategien bei der Problemlösung für den Fall, dass doch eine ungewollte Schwangerschaft vor der Ehe eintrat.

Viele Kindsmörderinnen hatten zum Tatzeitpunkt bereits einen oder beide Elternteile verloren, so bei der Untersuchung von Michalik in 58,3 % der Fälle, bei denen Angaben zu den Elternbeziehungen vorlagen. Auch dies war ein Ausdruck der allgemein niedrigen Lebenserwartung.

Die Untersuchungen von Meumann und Ulbricht kommen hinsichtlich Alter und Tätigkeit der Täterinnen auf nahezu gleiche Werte wie Michalik (s. Tab. 2).

Tab. 2 Täterinnenmerkmale

	Michalik	Meumann	Ulbricht
		In % der Datenmenge	
Anteil an der Altersgruppe 20–29	68,8	66,0	76,5
Anteil der Dienstmägde	70,9	77,0	83,0

Das aus der gehobenen Literatur und den Groschenromanen vermittelte Bild der Kindsmörderinnen – das blutjunge, unerfahrene und schüchterne Mädchen aus gutem Hause, das vom Sohn des adligen Gutsherren mit einem Heiratsversprechen verführt wurde und allein gelassen aus Verzweiflung ihr Kind tötet – lässt sich in keiner Weise mit den Fakten der Untersuchungen belegen. Auch zu den Kindsvätern hat Michalik in 725 Fällen Angaben ermitteln können. Nahezu ein Drittel der Kindsväter waren Knechte, 18,7 % Militärangehörige (zumeist einfache Soldaten) und nur 15,4 % kamen aus dem Umfeld des Dienstherrn, seine Söhne, nahe Verwandte oder der Dienstherr selbst.

Die CCC macht im Artikel 131 keinen Unterschied zwischen verheirateten und ledigen Weibspersonen. Dennoch wird in den folgenden 250 Jahren die Kindstötung eine Straftat sein, in die fast ausschließlich Frauen verwickelt sind, die nicht oder nicht mehr verheiratet sind. Gegenüber den Infantiziden des Mittelalters hat sich der Kreis der Handelnden völlig verändert. Ob dies auf die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zurückzuführen ist, „oder ob das Hervortreten dieser Täterinnengruppe das Ergebnis einer neuen obrigkeitlichen Wahrnehmung und damit einhergehender selektiver Kriminalisierungs-Praxis war“, lässt auch Michalik (1997) offen.

Auf letzteren Fakt deutet ein beträchtlicher Anstieg der Anzahl strafrechtlich verfolgter Kindstötungen in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts innerhalb von kaum zwei Generationen hin, der also nicht allein mit dem Bevölkerungswachstum zu erklären ist (s. Tab. 3).

Tab. 3 Inzidenz von Kindstötungen

Durchschnittliche Kindstötungen pro Jahr	1740–1764	1765–1807	Steigerung
		Anzahl %	
Kurmark Brandenburg	4,8	6,4	133,3
Ostpreußen	6,3	9,9	157,1

Für den Raum Hannover kommt Meumann (1995) zu einer Verdopplung der Anzahl verurteilter Frauen wegen Kindsmord und Verschulden am Tod des Kindes in den letzten zwei Jahrzehnten des 18. Jahrhunderts gegenüber dem

Zeitraum 1760/70 (Anzahl der Fälle zwischen 1761–1770: 45 und Anzahl der Fälle zwischen 1781–1800: 87).

Für einen Zusammenhang mit der im gleichen Zeitraum abnehmenden Anzahl der Hexenprozesse besteht keine gesicherte Datenlage. Zahlreiche Kindsmörderinnen wurden allerdings in den Zeiten der schlimmsten Hexenverfolgung nach Verhör und Tortur als Hexe überführt und verurteilt, da die Richter bei der Zeugung oder bei der Tötung des Kindes den Teufel im Spiel sahen, vor allem dann, wenn die Angeklagte keine Angaben zum Kindsvater machen konnte oder wollte.

Mehr als 80 % der Bevölkerung war im 18. Jahrhundert noch in der Landwirtschaft eingebunden, verdiente den Lebensunterhalt mit Ackerbau und Viehwirtschaft, Geräteherstellung und Verarbeitung landwirtschaftlicher Produkte für den Markt als Bauer, Häusler oder Knecht, Meister oder Geselle, als Dienstmagd oder Tagelöhnerin. Für die oft schon im Alter von 10–14 Jahren für ihren Unterhalt sorgenden Mädchen ging mit dem Verlassen des Elternhauses eine wichtige Bindung ganz oder teilweise verloren, waren die Chancen für eine Rückkehr in das familiäre Umfeld doch sehr gering. Für die Gründung einer eigenen Familie waren Ersparnisse und ein tadelloser Lebenswandel wichtige Voraussetzungen.

Die Aufkündigung der Dienststellung durch die Dienstherrschaft im Falle von Schwangerschaft und Niederkunft bedeutete ja nicht nur den Verlust des Einkommens sondern auch von Nahrung und Unterkunft für längere Zeit. Mit einem „Bankert“ im Säuglingsalter, einem schlechten Leumund und von Verdammnis sowie Verlust der ewigen Seeligkeit bedroht, sahen die jungen Mütter einer ungewissen Zukunft entgegen.

Dies erklärt nicht die letztendlich auslösenden Faktoren für die Kindstötung durch die ledigen Dienstmägde, macht aber den Unterschied zur geringen Anzahl der Täterinnen aus dem anderen Milieu der Ehefrauen und Töchter aus „gutem Hause“ verständlich.

Für die verheirateten Frauen und ihre Partner war die „Beseitigung eines unerwünschten Nachwuchses“ zu keiner Zeit ein ernsthaftes Problem: keine vorgeschriebene Meldung bei Schwangerschaft, keine heimliche Entbindung und keine Angst vor dem Verlust der Dienststelle oder des guten Rufes. Im Gegenteil: „Viel Kinder – viel Segen“ galt als Lob für Hausfrau und Familienvater. Bei einer Säuglingssterblichkeit von 15–20 % und angesichts der Tatsache, dass weniger als 60 % der heranwachsenden Kinder das 13. Lebensjahr erreichten (Ketsch 1984), war mit einer Strafverfolgung beim innerfamiliären Kindstod durch Nahrungsentzug, Vernachlässigung, Misshandlung und Unfall kaum zu rechnen, denn ein solcher war mit Krankheit, Wachstumsproblemen oder Unaufmerksamkeit immer hinreichend zu erklären und gefährdete keine Moralvorstellungen.

Viel wird über die „Dunkelziffer“ bei den Kindstötungen spekuliert und dabei aus den Augen verloren, dass die Häufigkeit dieses Delikts (unter 1:100.000 bis max. 1:50.000) in keinem Verhältnis zur allgemeinen Aufmerksamkeit stand und steht.

Hunderttausende Kinder wurden in den betreffenden Regionen und Jahren von verheirateten und ledigen Müttern zur Welt gebracht und von den Gebärenden nicht getötet, obwohl die soziale Indikation die gleiche wie bei den Kindsmörderinnen war. Es mussten auch damals besondere äußere Umstände und in der Persönlichkeit liegende Eigenschaften zusammenkommen, um einen solchen Schritt zu tun.

Die Aufzeichnungen der Vernehmungen der Angeklagten, die Anhörung der Zeugen und die Gutachten geben aus heutiger Sicht keine ausreichenden Informationen zum Tathintergrund. Psychische Auffälligkeiten, wie starke Suizid-Neigung, Depressionen und Melancholie, aber auch mangelnde Bindungsfähigkeit („war immer viel für sich"), Hass auf den Kindsvater, der sich davon gemacht hatte, ausgeprägte Verantwortungslosigkeit („liederlich und putzsüchtig", „hat auch die Kinder der Hausfrau oft nicht behütet", „vernachlässigte das Vieh"), Rohheit und Zimperlichkeit sowie ein geistiges Zurückgebliebensein erhellen ein wenig die Persönlichkeiten der Täterinnen, abseits vom festen Rahmen der juristischen Fragestellungen.

Äußerste Vorsicht ist jedoch auch hier bei den Meinungen der Zeugen und Personen aus dem Umfeld angebracht. Vom Gericht wurden bestimmte Charakterisierungen der Täterinnen bevorzugt und gerade bei Ereignissen in ländlichen Gebieten findet sich in den Prozessakten eine der bürgerlichen, städtischen eher fremde Welt. Das Stigma der „Liederlichkeit", der Verstoß gegen einen dörflichen Sittenkodex, Nichtbeachtung der Standesschranken und die fehlende Angepasstheit wurden den Richtern ohne Prüfung des Wahrheitsgehaltes vorgetragen. Zu solchen Vorgängen in Bayern trifft die Feststellung zu:

> *„Der Verurteilung einer Kindsmörderin vor dem Schwurgericht in München war somit oft eine Verurteilung durch das Dorf vorausgegangen, die einer Magd bereits den Boden einer ehrbaren Existenz im Dorf entzogen hatte, bevor sie nun im bürgerlichen Sinne öffentlich als Verbrecherin ohne mildernde Umstände verurteilt werden konnte" (Schulte 1997).*

3.8 Die Strafverfolgung

Mit dem Auffinden einer Kindesleiche in Gräben oder Wasserlöchern, im Walddickicht oder an Feldrainen, versteckt in Heuhaufen, auf Böden oder in Kellern wurde die Öffentlichkeit in der Regel auf das Verbrechen aufmerksam.

Der vom Fund unterrichtete Gemeindevorsteher, in größeren Städten ein Ratsbediensteter, besichtigte dann mit einer kundigen Person (Hebamme, Chirurg, Physicus) den Fundort. In einem Protokoll wurden Örtlichkeit, Zustand der Leiche und Auffälligkeiten der Wäsche festgehalten. Der Fundort war selten die Stelle, an der das Verbrechen begangen worden war. In einem Sack versteckt, noch in ein Stück Stoff oder in eine Decke eingewickelt,

wurden die leblosen Körper in den Bach geworfen oder hastig in ein Erdloch vergraben und so „entsorgt".

In ländlichen Gegenden waren die Misthaufen, in Städten die Jauchegruben häufig die Plätze, an denen die Kindsleichen gefunden wurden. In zahlreichen Vernehmungen machten die Angeklagten als Schutzbehauptung geltend, dass sie das Kind bei der Erledigung ihrer Bedürfnisse auf dem Klosett geboren und verloren hatten.

Die erste Besichtigung des Leichnams ergab zumeist genügend Anhaltspunkte zum Tötungshergang. „Erstickt mit dem Bettzeug" oder „erwürgt mit bloßer Hand" stehen dabei an erster Stelle. Aber auch: „erdrosselt mit einem Strick", „gestochen mit einem scharfen Gegenstand in den Brust- und Bauchbereich", „Gewalt an Kopf und Körper", „Druck auf den weichen Schädel" und „verblutet durch unterlassenes Abbinden der Nabelschnur" finden sich als Todesursachen in den Protokollen (Ulbricht 1990, Meumann 1995, Michalik 1997).

Ob das Kind lebend zur Welt gekommen war, wurde ab Mitte des 18. Jahrhunderts durch genauere medizinische Beurteilung, bis hin zur Sektion, abgeklärt. Mit der so genannten „Wasser- oder Lungenprobe" (docimasia pulmnum hydrostatica) konnte nach Leichenöffnung und Entnahme von Lungengewebe wesentlich sicherer festgestellt werden, ob das Kind bei der Geburt bereits geatmet hatte oder tot zur Welt gekommen war (Fischer-Homberg 1983).

Gegen eine wenig fachkundige Beurteilung regte sich gelegentlich auch Kritik bei den Fachkollegen. So zweifelte der Rostocker Stadtphysicus Christian Ehrenfried Eschenbach (1712–1788) in einer Stellungnahme vom 12. August 1753 das Ergebnis einer in Bad Sülze von drei anderen Ärzten/Chirurgen durchgeführten Sektion, zehn Wochen nach der Entbindung der Catharina Ziesen, wegen „eines in Unehren zur Welt geborenen und heimlich bei Seite gebrachten Kindes", wohl berechtigterweise an, da die fortgeschrittene Verwesung genügend Fäulnisgase im Körper des Kindes erzeugt habe (Eschenbach 1753).

Bei den in abgelegenen Gegenden, am Stadtrand oder in Gewässern gefundenen Kindsleichen, die teilweise schon längere Zeit dort gelegen hatten, konnten Beziehungen zu möglichen Täterinnen schwer hergestellt werden. So schließen viele medizinische Protokolle der Stadtphysici mit dem Vermerk: „(...) von den Tätern weis man nichts", „keinem ist eine in Frage kommende Person bekannt" (Eschenbach 1753).

In den Dörfern und bei Funden in Wohngebäuden, Stallungen und Scheunen ergaben sich schon eher brauchbare Spuren und Hinweise. Gelegentlich waren es auch Anzeigen von Mitbewohnern oder Personen aus dem Haushalt des Dienstherren, die das Verhalten, die körperliche Veränderung oder der Stimmungswandel bei der lange als schwanger Verdächtigen misstrauisch gemacht hatten bzw. denen deutliche Spuren einer Niederkunft nicht verborgen geblieben waren und die nun vergeblich nach dem Verbleib des Neugeborenen fragten.

Hatten eine weitere Befragung, das Auffinden des Leichnams oder widersprüchliche Antworten den Verdacht gegen eine bestimmte Person erhärtet,

so wurde wegen der Fluchtgefahr die Betreffende erst einmal vorsorglich eingesperrt und eine gerichtliche Untersuchung eingeleitet.

Der Strafprozess nach der Carolina kennt keinen Indizienbeweis. Wurde der Täter/die Täterin nicht von mindestens zwei Zeugen bei der Tatbegehung gesehen – was bei einer Kindstötung nahezu ausgeschlossen war, da sich die Zeugen selbst mitschuldig gemacht hätten – blieb nur die Verurteilung nach einem Geständnis. Leugnete die Verdächtigte auch nach der Bestätigung von Auffälligkeiten am Körper oder im Verhalten, trotz gefundener Spuren an Kleidung, Bettwäsche oder Geschirr und eindeutiger Befunde aus Körperuntersuchungen weiterhin die heimliche Geburt, wurde mit einer „peinlichen Befragung", der Folter, gedroht.

Bevor sie angewendet wurde, holte man in der Regel ein juristisches Gutachten von Rechtsgelehrten ein. In solchen Gutachten brachten die Sachverständigen ihre Meinung ein, ob die Verdachtsmomente ausreichend waren und Alter oder Gesundheitszustand der Angeklagten eine solche Tortur rechtfertigen. Dabei stützten sie sich fast ausnahmslos auf die ihnen vorliegenden Unterlagen aus den polizeilichen, richterlichen und medizinischen Vernehmungen und Voruntersuchungen.

Bei der Begründung der Tortur stützten sich die Juristen der Fakultäten auf den Wortlaut des Artikel 131 PGO (s. Anlage).

Wenn die verdächtige Weibsperson („eyn Weibsbild")

> *„eyn lebendig gliedmessig kindlein, das nachmals todt erfunden heymlich geboren vnnd verborgen hett, (...).*
> *so ein eyn weibßbild eyn lebendig glidtmessig kindtlein also heimlich tregt, auch mit willen alleyn, vnd on hilff anderer weiber gebürt, welche on hilfliche geburt, mit tödtlicher verdechtlicheyt geschen muß, (...).*
> *so soll man sie (...). vnchristlichen und vnmenschlichen erfunden übels vnd mordts halber, mit peinlicher ersntlicher frag zu bekanntnuß der warheyt zwingen"*
> *(Carolina 1984).*

Oft genügte nach Wochen der Haft und der Isolation bereits der Anblick der Folterknechte und Folterinstrumente, um ein Geständnis abzulegen. Ein unter der Folter gemachtes Geständnis musste vor Gericht wiederholt werden, falls die Delinquentin dazu noch in der Lage war. Waren die Beweise erdrückend und das Geständnis der heimlichen Geburt abgelegt, setzte die Strategie der Verteidigung ein: „Das Kind sei tot geboren worden", „es sei übereilt zur Welt gekommen" – also eine nicht lebensfähige Frühgeburt – „eigene Ohnmacht der Gebärenden und eine Fall- oder Sturzgeburt" sollten Verletzungen an Kopf und Körper erklären, das ein Kind durch unterlassenes Abbinden der Nabelschnur verblutete, wurde mit der Unkenntnis bei Erstgebärenden erklärt (Ulbricht 1997).

Zumindest seit dem Ende des 17. Jahrhunderts hatten die Angeklagten das Recht auf einen Verteidiger vor Gericht, der zwar selten einen Freispruch erreichen aber wenigstens die Todesstrafe verhindern konnte. Milderungsgründe

waren gelegentlich die Jugend und Einfalt der Täterin, ein gebrochenes Heiratsversprechen oder die gesellschaftliche Stellung der Eltern. Die soziale Notlage der Angeklagten fand nur selten Berücksichtigung, obwohl auch dazu Fälle bekannt sind.

Bis zur zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurde in 75 von 100 Verfahren wegen Kindesmord die Todesstrafe vom Gericht ausgesprochen, eine Vollstreckung im Gnadenweg jedoch nicht immer vollzogen. Erst in der letzten Hälfte des Jahrhunderts traten mit der Errichtung von Zucht- und Frauenhäusern lebenslängliche Haftstrafen an die Stelle der Todesstrafe.

Die Vollstreckung erfolgte bei 44 Todesurteilen aus der Zeit von 1600–1809 im Raum Hannover/Hildesheim in 34 Fällen mit dem Schwert und in 10 Fällen durch Ertränken (Meumann 1995).

Die verschärften Strafen der CCC – pfählen und lebendig begraben – wurden schon in den ersten Jahrzehnten nach ihrer Verabschiedung kaum angewendet. Van Dülmen (1991) hat für Frankfurt/Main im Zeitraum 1562–1696 bei 26 Urteilen wegen Kindesmord 14-mal die Hinrichtung mit dem Schwert und 4-mal durch Ertränken sowie 8 Landesverweisungen gefunden. In Nürnberg endeten von 33 Urteilen im Zeitraum 1600–1692 sogar 30 durch Hinrichtung mit dem Schwert (davon 8 mit Verschärfung), 1 Fall mit Rädern und nur 2 Fälle mit der Landesverweisung.

3.9 Kindstötung in der Zeit der Aufklärung

Obwohl das grausame mittelalterliche Strafrecht nahezu unverändert in Kraft blieb, trat bereits gegen Ende des 17. und mit Beginn des 18. Jahrhunderts eine Milderung der gerichtlichen Praxis ein. Die Gesamtzahl der Hinrichtungen ging zurück. Die Gewaltverbrechen, die während und im Gefolge des Dreißigjährigen Krieges einen Höhepunkt erreicht hatten, wurden zunehmend durch Diebstahl und Betrug verdrängt, für die die Todesstrafe oder eine der schweren Verstümmelungen nicht mehr angewendet wurden.

Neben einem Rückgang der Gewalttaten hatte die von England und Holland übernommene Einrichtung von Gefängnissen – zunächst in den norddeutschen Hansestädten, mit Beginn des 17. Jahrhunderts in ganz Deutschland – anfangs zum Vollzug von Verwahrungs- und später zu Arbeitsstrafen geführt. Die Entwicklung ging konform mit veränderten juristischen Auffassungen zum Strafrecht und der gesellschaftlichen Erkenntnis, dass die äußerste Härte der Strafe ungerecht wird, wenn sie keine Besserung der Verurteilten bewirkt und als Abschreckung keine Wirkung erzielt. Es mehrten sich die Stimmen, die eine Strafe als bloße Vergeltung und Rache in Frage stellten (Wesel 1997).

Umso erstaunlicher ist, dass beim Kindsmord zunächst keine Milderung, sondern eher eine Verschärfung eintrat. Während zu Beginn des 17. Jahrhunderts der Anteil der Frauen, die wegen Kindsmord mit dem Tode bestraft wurden noch bei 15–20 % der insgesamt wegen Mord verurteilten Männer und Frau-

en lag, erhöhte er sich in Danzig für die Zeit von 1678–1731 auf 46,4 %, in Nürnberg im Zeitraum von 1659–1712 sogar auf 47,5 % (van Dülmen 1991). Fast die Hälfte aller Hingerichteten waren in diesem Zeitraum Frauen, obwohl der Anteil der Männer an den Gewaltverbrechen bedeutend höher lag.

Die Zwiespältigkeit der Rechtsauffassung zeigt sich mit aller Deutlichkeit bei dem bereits einmal zitierten Leipziger Juristen Benedikt Carpzow. Seine theologische Straftheorie („Der Staat muss strafen, weil Gott es will“) gab Raum für die zur Milde tendierende Abweichung von der Regelstrafe, wenn Vorsatz und Kausalität fehlten: „crimina extraordinaria“ rechtfertigt „poena extraordinaria“.

Der Kindsmord, als Verstoß gegen göttliches Gebot, rechtfertigte dagegen keine Milde gegenüber den Kindsmörderinnen. Milde war nach seiner Ansicht auch nicht gegenüber den Hexen angebracht, von denen er mit seinen Gutachten Tausende in den Tod geschickt haben soll – die von Heinsohn und Steiger (2005) zunächst verwendete Zahl von 20.000 unterzeichneten Todesurteilen wird im Nachtrag ihres Werkes von ihnen selbst korrigiert.

Ein allmählicher Rückgang der Anzahl der Verfahren und Hinrichtungen wegen Kindsmord setzt gegen Ende des 18. Jahrhunderts ein. Die Aufhebung der Folter und die Diskussion um das Delikt des Kindsmordes waren daran maßgeblich beteiligt.

Bedenken gegen die Glaubwürdigkeit erzwungener Geständnisse hatten bereits die Staats- und Rechtsphilosophen Hugo Grotius (1583–1645), Thomas Hobbes (1588–1679) und der in Sachsen geborene Samuel Pufendorf (1632–1694) geäußert. Erstaunlich der Schritt des gerade erst als König von Preußen eingesetzten Friedrich II. (1712–1786), der am 3. Juni 1740 die Folter als Mittel zur Erlangung von Geständnissen abschaffte. Die zunächst noch bestehenden Ausnahmen bei Majestätsverbrechen, Landesverrat und mehrfachem Mord wurden 1754 aufgehoben.

In Mecklenburg untersagte der Großherzog von Mecklenburg-Schwerin mit Edikt von 1763 die Folter für künftige Zeiten. Die an der Spruchfindung beteiligten Juristen der Universität Rostock bedauerten aber noch lange diese Aufhebung. Die Hanna Karsch, die 1780 ihrem neugeborenen Kind die Gurgel zugedrückt hatte, die Tötungsabsicht aber ernsthaft bestritt, und der ein „animo occidio“ somit nicht nachgewiesen werden konnte, kam mit einer lebenslänglichen Haft davon (Universitäts-Archiv, SB 8341, 465–491).

Andere deutsche Staaten waren mit der Abschaffung der Folter weitaus zögerlicher. In Baden wurde die Folter erst 1831 offiziell abgeschafft.

Bahnbrechend für die Strafrechtsentwicklung war die 1764 erschienene Schrift von Cesare Beccaria (1735–1794) *„Über Verbrechen und Strafe“*. Er setzte darin die Wahrung der öffentlichen Sicherheit vor Rache und Vergeltung, forderte die Abschaffung der Todesstrafe und eine Änderung der Prozessführung. Das Verbrechen des Kindsmordes müsse vor allem durch taugliche Mittel verhütet und die Quellen des Übels verstopft werden.

Am Kindsmord entzündete sich immer mehr der Disput um Recht und Gesetz, Gewalt, Moral und Sittlichkeit. In einer Schrift von 1756 trat Helferich P. Sturz gegen die Todesstrafe für Kindesmörderinnen ein, da ihnen die Böswilligkeit der Tat überhaupt abzusprechen sei. Die körperlichen Schmerzen bei der Geburt und die seelische Anspannung mache es unmöglich, an die Vorsätzlichkeit zu glauben. Moraltheologen und Kirchenbeamte, wie selbst Johann Christian Herder (1744–1809), wendeten sich jedoch vehement gegen die Aufhebung der Unzuchtstrafen und die Minderungen in der Be- und Verurteilung der Kindsmörderinnen.

Zunehmend versuchten die Regierungen der Länder und Reichsstädte durch neue Gesinde- und Hebammenordnungen die Tat im Vorfeld zu verhüten (Wesel 1997).

Verstärkte Polizeikontrollen mit erweiterten Befugnissen für die Ordnungshüter und die Einbeziehung der Bevölkerung beim Vorgehen gegen potenzielle Täterinnen sollten abschreckende Wirkung entfalten. Weitere gut gewollte Maßnahmen, wie die Errichtung von Gebäranstalten und Findelhäusern, Frauenheimen und Armenasylen scheiterten allerdings oft an den fehlenden finanziellen Mitteln.

Einen Ausweg aus dem Dilemma erhoffte sich der Initiator der 1780 in der Presse veröffentlichten Preisfrage „Welches sind die besten ausführbaren Mittel, dem Kindermord abzuhelfen, ohne die Unzucht zu begünstigen?"

100 Dukaten hatte der „Menschenfreund" – so zunächst die anonyme Umschreibung – aus Mannheim, Regierungsrat Adrian von Lamezan, für die beste Lösung ausgelobt. Rund 400 Preisschriften wurden eingereicht.

> *„An dieser Diskussion beteiligte sich das ganze gelehrte Bürgertum, Ärzte wie Theologen, Pädagogen wie Juristen. Wir finden viele heute vergessene, aber auch viele bekannte Autoren unter ihnen. So den Göttinger Theologen Michaelis, den Physikrat Schlettwein aus Karlsruhe und den Schweizer Pädagogen Pestalozzi" (van Dülmen 1991).*

Pestalozzis Schrift *„Über Gesetzgebung und Kindermord. Wahrheiten und Träume, Nachforschungen und Bilder"* wurde 1780 in einer etwas eigenwilligen Rechtschreibung geschrieben, aber erst 1783 herausgegeben („Auf Kosten des Verfassers (...)"). Seine Kritik an den herrschenden Zuständen der Armut, der heuchlerischen Ehrbarkeit, der Missachtung der dienenden Schloss- und Stadtmädchen und den unmenschlichen Strafgesetzen des Staates, der sozusagen fordert, „daß unverheurathete Mädchen seinetwegen nicht schwanger werden sollen" machte er deutlich und kam zu der Schlussfolgerung:

> *„Für den Staat ist ein uneheliches Kind nur insofern ein Schaden, als es nicht erzogen wird. – Für die Menschheit ist ein uneheliches Kind unzweydeitig ein Gewinnst, wenn es recht erzogen wird. – Und für seinen Vater und für seine Mutter ist ein uneheliches Kind ein Band ihrer Menschlichkeit, und ein Mittel ihrer Besserung, so lange sie ihns unekränkt lieben dürfen" (Pestalozzi 1927).*

Obwohl die Todesstrafe für Kindsmörderinnen in Mecklenburg bis 1842 offiziell nicht aufgehoben wurde, kam sie bereits zum Ende des 18. Jahrhunderts nicht mehr zur Anwendung. Nach dem jetzigen Erkenntnisstand bei der Auswertung der Spruchakten wurde 1787 im Verfahren gegen die Maria Florine Schmidt, Dienstmagd in Güstrow, von den Juristen „wegen Ertödtung in boshafter, williger Weise“ keine Milderung gesehen, die Einwendungen der Verteidigung (zu viele Suggestivfragen bei den Verhören) nicht anerkannt und der Spruch „wegen vorsätzlicher Tötung mit dem Schwert vom Leben zum Tode zu bringen“ gegen die 25-Jährige gefällt. Eine Milderung der Strafe durch den Herzog wurde von ihnen ausdrücklich offengelassen. Ob dieser vom Begnadigungsrecht auch Gebrauch machte, konnte bisher nicht festgestellt werden (Universitäts-Archiv, SAB 8471, 265–274).

Um die Berechtigung der Todesstrafe war zu diesem Zeitpunkt in allen deutschen Ländern eine breite Diskussion entfacht und hatte auch die Juristen voll einbezogen – Julius Friedrich Malblank („*Geschichte der peinlichen Gerichts-Ordnung*“, Nürnberg, 1783), Fr. von Manger und Just. Gruner waren vor allem gegen die geschärften Leibesstrafen per se – Ertränken, Rad und Feuer – und die durch Nebenumstände geschärften vor der Vollstreckung (Hinausschleifen, Reißen mit glühenden Zangen) und danach (Flechten aufs Rad und Verbrennen des Leichnams). Der Leipziger Rechtsgelehrte Carl August Tittmann (1775–1884), der sich mit den „*Grundlinien der Strafrechtswissenschaft und der deutschen Strafgesetzkunde zum Gebrauch bei Vorlesungen*“ (Leipzig 1800, Neuauflage 1978) vor allem auf das in Sachsen geübte Recht bezieht, sieht in der öffentlichen Vollstreckung der Strafen keinerlei rechtliche Gründe, sondern ausschließlich den *politischen* Grund der Abschreckung. Die Regeln seien wie bei den Wilden, wenn man Köpfe auf einen Pfahl steckt.

Humanere Rechtsauffassungen führten in Preußen zwar zur Beseitigung der „Magdalenenbuße“ für „gefallene Mädchen“ und zur Aufhebung der Hurenstrafe, die Todesstrafe für Kindsmörderinnen hielt sich dagegen hier am längsten.

Österreich schaffte die Todesstrafe für Kindsmord 1803 ab, zehn Jahre später folgte Bayern und viel später (1845) Baden. In Preußen wurde erst mit dem Strafgesetzbuch von 1851 der Kindsmord nicht mehr als Verwandtenmord kategorisiert und an die Stelle der Todesstrafe trat eine Freiheitsstrafe von 5–20 Jahren (Schulte 1997).

In die Wertung der Tatumstände beim Kindsmord fließen seit Jahrzehnten die Rechtsauffassungen aus den Rechtskommentaren, die nun in immer größerer Anzahl erscheinen, ein.

Die hervorgehobene Stellung des Kindermordes wird auch im o. g. Lehrbuch von Tittmann deutlich, wenn er zum IV. Titel „*Von dem Kindermorde*“ einen speziellen Anhang „*Von der Tödtung der Kinder im Mutterleibe*“ hinzufügt. Der Kindermord aus Fahrlässigkeit (infanticidium culposum) – so eine seiner Anmerkungen – wird mit willkürlicher – also nicht mit der vorgeschriebenen Todesstrafe nach Art. 131 PGO – belegt, welche gewöhnlich in Zuchthausstrafe,

öfters auf mehrere Jahre, besteht. Und zu der von der Verteidigung immer häufiger als Milderungsgrund geltend gemachten Ohnmacht der Gebärenden in der Geburt vermerkt er: „Kindermord während einer durch die Geburtsschmerzen veranlassten Betäubung verübt, kann nur unter besonderen Umständen eine Milderung der Strafe nach sich ziehen.“ Welche besonderen Umstände vorliegen sollten, lässt er offen.

In der Bemerkung zum Kindermord in der engeren Bedeutung (infanticiduum sensu angustiori) tritt er in Anlehung an E. F. Klein („*Grundsätze des peinlichen Rechts*“, Halle 1799) und Karl Grolman („*Grundsätze der Criminalrechtswissenschaft*“, Gießen 1798) der Meinung anderer Gelehrten entgegen, welche auch bei ehelichen Kindern den Kindermord im engeren Sinne annehmen wollen, „weil nämlich die Vermeidung der Schande einer unehelichen Geburt, die meiste Veranlassung zu diesem Verbrechen gibt.“

Damit steht er für eine Diskussion, die in Kreisen der Rechtsgelehrten in Deutschland bis in das 20. Jahrhundert hinein fortgesetzt wird.

Literaturverzeichnis

Arnau F. Auge des Gesetzes. Econ Verlag, Düsseldorf 1965.

Behringer W. Weibliche Kriminalität in Kurbayern. In: Ulbricht O. (Hrsg.) Von Huren und Rabenmüttern. Verlag Böhlau, Köln 1995: 63–80.

Bibeltext. Die gute Nachricht. Deutsche Bibelgesellschaft, Stuttgart 2000.

Blasius D. Der verwaltete Wahnsinn. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a. M. 1980.

Bode H. Die Kindstötung und ihre Bestrafung im Nürnberg des Mittelalters. Diss., Heidelberg, Berlin 1915.

Carolina. Peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V. – Constitutio Criminalis Carolina (CCC). In: Radbruch G. (Hrsg.) Kaufmann Verlag, Stuttgart 1984.

Dülmen v. R. Frauen vor Gericht. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt a. M. 1991.

Dülmen v. R. Theater des Schreckens. Verlag C. H. Beck, München 1995.

Eschenbach, CE. Medizinische und gerichtsmedizinische Gutachten. Stadtarchiv Rostock 1.1.3.15–17 1753.

Flügge S. Hebammenrecht der Frühneuzeit. In: Gerhard U. (Hrsg.) Frauen in der Geschichte des Rechts. Verlag C. H. Beck, München 1997: 140–150.

Frick V. Die Kindstötung im deutschen und englischen Recht. Aachen, Shaker, 1995.

Friese K. Reise in die Romanik. Prisma-Verlag, Leipzig 1967.

Fischer-Homberg E. Medizin vor Gericht. Verlag Hans Huber, Bern 1983.

Heinsohn G, Steiger O. Die Vernichtung der weisen Frauen. Area Verlag, Erftstadt 2005.

His R. Geschichte des deutschen Strafrechts bis zur Karolina. C. R. Oldenbourg Verlag, München 1967.

Holthöfer, E. Die Geschlechtsvormundschaft. In: Gerhard U. (Hrsg.) Frauen in der Geschichte des Rechts. Verlag C. H. Beck, München 1997: 390–451.

Huchthausen L. Römisches Recht. Aufbau-Verlag, Berlin 1981.

Hull I. Sexualstrafrecht und geschlechtsspezifische Normen. In: Gerhard U. (Hrsg.) Frauen in der Geschichte des Rechts. Verlag C. H. Beck, München 1997: 221–234.

Jerouschek G. Die juristische Konstruktion des Abtreibungsverbots. In: Gerhard U. (Hrsg.) Frauen in der Geschichte des Rechts. Verlag C. H. Beck, München 1997, 248–257.

Ketsch P. Frauen im Mittelalter. Verlag Schwann-Bagel, Düsseldorf 1984.

Meumann M. Findelkinder, Waisenhäuser, Kindesmord. C. R. Oldenbourg Verlag, München 1995.

Michalik K. Kindsmord. Centaurus Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler 1997.

Müller R. (Hrsg.) Kulturgeschichte der Antike, Bd. 2, Rom. Akademie Verlag, Berlin 1982.

Müller WP. Die Abtreibung. Anfänge der Kriminalisierung 1140–1650. Böhlau Verlag, Köln 2000.

Pestalozzi JH. Über Gesetzgebung und Kindermord 1783. In: Sämtliche Werke. Verlag de Gruyter, Berlin 1927, Bd. IX.

Radbruch G. Gesamtausgabe. Kaufmann A. (Hrsg.) C. F. Müller Verlag, Heidelberg 2001.

Rössler H. Deutsche Geschichte. Bertelsmann Verlag, Gütersloh 1961.

Schnabel-Schüle H. Frauen im Strafrecht vom 16. bis zum 18. Jh. In: Gerhard U. (Hrsg.) Frauen in der Geschichte des Rechts. Verlag C. H. Beck, München 1997: 185–198.

Schulte R. Strafrechtlicher Entwurf und Lebenswirklichkeit. In: Gerhard U. (Hrsg.) Frauen in der Geschichte des Rechts. Verlag C. H. Beck, München 1997: 382–389.

Tittmann CA. Grundlinien der Strafrechtswissenschaft und der deutschen Strafgesetzkunde. Fleischer, Leipzig 1800. Neudruck Scientia Verlag, Aalen 1978.

Universitäts-Archiv der Universität Rostock, Spruchaktenbestand.

Ulbricht O. Kindsmord und Aufklärung in Deutschland. C. R. Oldenbourg Verlag, München 1990.

Ulbricht O. (Hrsg.) Von Huren und Rabenmüttern. Verlag Böhlau, Köln 1995.

Ulbricht O. Kindsmord in der Frühen Neuzeit. In: Gerhard U. (Hrsg.) Frauen in der Geschichte des Rechts. Verlag C. H. Beck, München 1997: 235–247.

Wächtershaus W. Das Verbrechen des Kindermordes im Zeitalter der Aufklärung. Erich Schmidt Verlag, Berlin 1973.

Wesel U. Geschichte des Rechts. Verlag C. H. Beck, München 1997.

Zimmermann C. „Gehörige Orthen angezeigt“, Kindsmörderinnen in der ländlichen Gesellschaft Württembergs 1581–1792. Medizin, Gesellschaft und Geschichte 10 1991: 67–102.

Anlage

Wortlaut des Artikels 131 PGO (CCC)

Straff der weiber so jre kinder tödten

„Item welches weib jre kind, das leben vnd glidmaß empfangen hett, heymlicher boshafftiger williger weiß ertödtet, die werden gewonlich lebendig begraben vnnd gepfelt, Aber darinnen verzweiffelung zuuerhütten, mögen die selben überthätterinn inn welchem gericht die bequemlicheyt des wassers darzu vorhanden ist, ertrenckt werden. Wo aber solche übel offt geschehe, wollen wir die gemelten gewonheyt des vergrabens vnnd pfelens, umb mer forch willen, solcher boßhafftigen weiber auch zulassen, oder aber das vor dem erdrencken die überthätterin mit glüenden zangen gerissen werde, alles nach radt der rechtuerstendigen.

So aber eyn weibßbild, als obsteht eyn lebendig glidmessig kindlein, das nachmals todt erfunfen, heymlich geborn vnnd verborgen hett, vnnd so die selbig erkundigte mutter deßhalb bespracht würd, entschuldigungs weiß fürgeben, als dergleichen je zu zeitten, an vnnß gelangt, wie das kindtlein on jr schuldt todt von jr geborn sein solt, wolt sie dann solch jr vunschuldt durch redlich gut vrsachen, vnd vmbstende durch kundtschafft außfürn, damit soll es gehalten vnd gehandelt werden, wie am vier vnd sibentzigsten artickel anfahend, Item so eyn beklagter kundtschaft etc. funden wirt, auch deßhalb zu weither suchung, antzeygung geschicht, wann on obbestimpte gnugsame beweisung ist der angeregten vermeynten entschuldigung nit zu glauben, sunst möchte sich eyn jede thätterin mit eynem solchen gedichten fürgeben ledigen. Doch so eyn weibßbild eyn lebendig glidtmessig kindtlein alsi heymlich tregt, auch mit

willen alleyn, vnd on hilff anderer weiber gebürt, welche on hilfliche geburt, mit tödtlicher verdechtlicheyt geschehen muß, So ist deßhalbe keyn glaublichere vrsch, dann dass die selbig mutter durch boshafften fürsatz vermeynt, mit tödtung des vnschuldigen kindtleins daran sie vor inn oder nach der geburt schuldig wirt, jre geübte leichtuertigkeit verborgen zu halten. Darumb wann eyn solche mörderin auff gedachter jrer angemasten vnbeweisten freuenlichen entschuldigung bestehn bleiben wolt, so soll man sie auff obgemelte gnugsame antzeygung bestimpts vnchristlichen vnnd vnmenschlichen erfunden übels vnd mordts halber, mit peinlicher ernstlicher frag zu bekantnuß der warheyt zwingen, Auch auff bekantnuß des selben mordts zu entlicher todstraff, als obsteht vrtheylen. Doch wo eyns solchen weibs schuld oder vnschuld halb gezweiffelt würd, so sollen die Richter vnd vrtheyler mit antzeygung aller vmstende bei den rechtuerstendigen oder sunst wie hernach gemelt wirdet, radts pflegen“ (nach Radbruch 2001).

4 Die strafrechtliche Behandlung der Kindstötung in Preußen vom Ausgang des 18. Jahrhunderts bis zur Gegenwart in der Bundesrepublik

Carl Christian Deutsch

4.1 Vorbemerkung

Es ist eine kriminologische Grunderkenntnis, dass das Ausmaß der registrierten, aus Akten nachvollziehbaren Kriminalität wenig über das Ausmaß tatsächlichen kriminellen Verhaltens aussagt, weil die Mechanismen, die das Ausmaß des Dunkelfelds bestimmen, komplex sind und sich aus der Rückschau kaum aufklären lassen. Mit Dunkelfeld ist der Anteil der nicht entdeckten, angezeigten oder registrierten Taten an der Gesamtkriminalität gemeint.

Auf die Veränderung dieser Wahrnehmung und die dafür maßgeblichen sozialen Gründe ist also das Augenmerk zu richten, wenn man rechtshistorische Entwicklungen nicht nur anhand veränderter Normen, sondern in ihrem Entstehungszusammenhang beschreiben will. Nur aus der veränderten Wahrnehmung kriminellen Verhaltens, der „gefühlten" Kriminalität, erschließen sich die legislatorischen Konsequenzen, die die jeweilige Epoche aus diesem zieht.

Ich werde mich im Folgenden aus Kapazitätsgründen auf die Rechtsentwicklungen in Preußen und später im Deutschen Reich beschränken, weil diese in gewisser Weise exemplarisch sind. Die in den deutschen Teilstaaten ähnlichen, aber nicht identischen Entwicklungslinien, mündeten mit der Entstehung des Deutschen Reiches in eine einheitliche Strafgesetzgebung.

4.2 Die Ausgangslage

Die Ausgangslage im Preußen des 17. Jahrhunderts

Im Preußen der frühen Neuzeit galt die „*Constitutio Criminalis Carolina*", die Peinliche Halsgerichtsordnung Karls des V. von 1532, die als Reichsgesetz noch bis ins 19. Jahrhundert hinein Anwendung fand. Als Reaktion auf eine immer stärkere Betonung der dem kanonischen Recht entstammenden Moralvorstellungen und, so darf man vermuten, als Versuch, ein als tatsächlich vorhanden eingeschätztes Problem durch Abschreckung einzudämmen, enthält die Carolina, die im Verhältnis zu den regionalen Landrechten ausdrücklich nur subsidiäre Gültigkeit beanspruchte, eine Vielzahl von Vorschriften, die die Kindstötung betrafen. Sie enthält sowohl strafprozessuale als auch materielle Vorschriften, und es finden sich deshalb prozessuale Vorschriften, die Taten zum Nachteil unehelich geborener Kinder betreffen, weil dies auch damals der Hauptanwendungsfall war. Die Carolina behandelt aber jede Kindstötung als Verwandtenmord und stellt sie unter drakonische Strafen. Sie unterscheidet materiell nicht zwischen ehelich oder unehelichen geborenen Opfern des Delikts. Als Regelstrafe wird Ertränken angeordnet, das in Preußen häufig in der Form des „Säckens" vollstreckt wurde, wobei die Delinquentin gemeinsam mit einem Tier, häufig einem Huhn oder einer Katze, in einen Sack gesteckt und in ein Gewässer geworfen wurde, wo sie ertrank. Im Falle einer Häufung des Delikts in der Bevölkerung standen zur Abschreckung alternativ das Lebendigbegraben und Pfählen oder das Reißen mit glühenden Stangen – vor dem Ertränken – zur Verfügung. Die Carolina enthielt zudem prozessuale Bestimmungen, aus denen sich ergab, unter welchen Bedingungen Geständnisse durch Folter erzwungen werden durften, weil nach den damaligen Rechtsvorstelllungen eine Verurteilung nur dann erfolgte, wenn zwei Zeugen zur Verfügung standen, was bei dem hier maßgeblichen Delikt erfahrungsgemäß nie der Fall war, oder wenn die Delinquentin oder der Delinquent gestand. Eine Verurteilung nur allein aufgrund von Indizien war nicht zulässig.

Wegen der häufigen Beweisschwierigkeiten wurde die Carolina landrechtlich mit harten Verdachtsstrafen untersetzt. In Bayern beispielsweise konnte die Kindsmutter mit dem Einwand, das Kind sei tot geboren worden, nicht gehört werden, wenn sie es heimlich zur Welt gebracht hatte.[1]

Die Härte der Carolina ist nur aus den kirchlich beeinflussten Moralvorstellungen des ausgehenden 16. und beginnenden 17. Jahrhunderts zu erklären. Der Umstand, dass die Täterin dem Kind die Taufe vorenthalten und deshalb dem Kind den Weg in die ewige Glückseligkeit versperrt hatte, trug explizit zur Einstufung als besonders strafwürdiges Verbrechen bei. Nach den damaligen Vorstellungen galt das Ertränken als gegenüber der Todesstrafe durch das Schwert verschärfte strafrechtliche Reaktion.

1 Codex iuris bavarici, Teil 1 Kap. 3, § 21.

Die Ausgangslage im Preußen Friedrich Wilhelms I

Durch das im Jahre 1720 durch Friedrich Wilhelm I von Preußen, dem „Soldatenkönig“, erlassene *„Allgemeinen Edict wegen des Kindermords“* wurde Säcken als Regelstrafe wieder eingeführt, obwohl sie vorher in immer größerem Umfang durch Hinrichtungen mit dem Schwert ersetzt worden war. Gleichzeitig erließ er erstmalig auch Vorschriften, die der Prävention dienten. Unter schwere Strafe wurde bereits die Verheimlichung der Geburt selbst dann gestellt, wenn „kein Unglück oder Mord erfolget wäre.“ Weiterhin enthielt das Edikt Aufsichtspflichten für das soziale Umfeld einer Schwangeren, deren Missachtung ebenfalls strafrechtlich sanktioniert wurde. Neben dem Umstand, dass Kindstötung als häufiges Problem angesehen wurde, wie sich aus zeitgenössischen Quellen ergibt,[2] wird die puritanische Glaubensstrenge des Monarchen für dessen Tendenz zur Verschärfung von Strafbestimmungen verantwortlich gemacht.

Die für die erste Hälfte des 18. Jahrhunderts festgestellte – nicht nur preußische – Entwicklung hin zu immer strengeren Strafvorschriften wird allerdings in der Rechtspraxis nicht ungebrochen gespiegelt. Während zu Zeiten Friedrichs I (1701–1713) fast 80 % der Strafverfahren wegen Kindstötung mit der Todesstrafe endeten, kehrte sich dieses Verhältnis in der Regierungszeit des Soldatenkönigs aus verschiedenen Gründen um. Fast zwei Drittel der Angeklagten kamen mit dem Leben davon.[3] Grund dafür waren insbesondere erhöhte Anforderungen an die objektiven, im Wesentlichen medizinischen Voraussetzungen des Straftatbestands und ein differenzierterer Umgang mit der subjektiven Tatseite. Da der König diese Urteile bestätigen musste, liegt nahe, dass Friedrich Wilhelm I. aus Gründen der Generalprävention bei den Strafandrohungen drakonisch war, im Alltag aber in Einzelfällen durchaus Milde walten ließ – zumindest nach den damaligen Maßstäben. Auch wurde zunehmend die Strafe von Säcken auf die Schwertstrafe ermäßigt, ein Umstand, der dann an Bedeutung gewann, als Friedrich II. die qualifizierte Todesstrafe 1740 abschaffte.

Die Ausgangslage im Preußen Friedrichs des Großen

Mit dem Amtsantritt Friedrich des Großen begann im Jahre 1740 die Phase des aufgeklärten Absolutismus in Preußen. Es vollzog sich eine Verlagerung des *ideologischen* Schwerpunkts des Strafrechtssystems. Während der Soldatenkönig sich als Vollstrecker göttlichen Willens sah, der die Sünde gegen Gott auch weltlich zu vergelten und einer Sühne zuzuführen hatte, um Blutschuld vom Staate abzuwenden, war Friedrich von der Aufklärung beeinflusst, die ein säkularisiertes, auf der Vorstellung eines Gesellschaftsvertrags beruhendes Staatsverständnis hatte. Der König war der erste Diener des Staates. Strafe diente nach diesem Verständnis ausschließlich dem Schutz und der Sicherheit von Staat und Gesellschaft. Dieses von Nützlichkeitserwägungen bestimmte

2 Michalik a. a. O., 190.
3 Michalik a. a. O., 197.

Strafverständnis führte in der Folge Montesquieus zu der Forderung nach Verhältnismäßigkeit von Strafe und Verbrechen und zu einer Hinwendung zu den sozialen Ursachen von Kriminalität. Friedrich der Große schaffte unmittelbar nach seinem Regierungsantritt die Strafe des Säckens ab und ersetzte sie durch die Schwertstrafe. Weiterhin verfügte er 1740 die Abschaffung der Folter, die alten Beweisregeln wurden aber beibehalten. Der Indizienprozess blieb nach wie vor nicht zugelassen. Im Übrigen verbot er, wie beispielsweise auch der Herzog von Mecklenburg[4] die Kirchenbuße, die öffentliche Diskriminierung lediger Mütter von der Kanzel aus („Sünderbank").

Aus zeitgenössischen Dokumenten[5] geht aber auch hervor, dass es nicht allein altruistische Motive waren, die den aufgeklärten Monarchen bewegten, sondern auch bevölkerungspolitische Ziele. Es war aufgefallen, dass eine bloß repressive Reaktion die Kindstötungsfälle nicht verhindert hatten und eine eher an der Prävention ausgerichtete Politik das Überleben der zumeist unehelichen Kinder zur Folge haben könnte. Zudem hatte die Vollstreckung der Todesstrafe an der Täterin zur Folge, dass dem Staat auch deren zukünftige Kinder verloren gingen. Nach dem damaligen wirtschaftswissenschaftlichen Wissen waren es vor allem die Zahl der Untertanen (und Soldaten), die den Reichtum eines Staatswesens ausmachten.

In seiner rechtsphilosophischen Dissertation, die 1750 in der Akademie verlesen wurde, fragte Friedrich II., ob es nicht Schuld der Gesetze, die Schande mit der unehelichen Entbindung verknüpften, sei, dass ein leichtgläubiges Mädchen, „das sich durch die Schwüre eines Wüstlings hat verführen lassen", zwischen dem Verlust der Ehre und dem des Kindes zu wählen habe? Raube nicht die richterliche Strenge dem Staat zwei Untertanen zugleich: das Kind und die Mutter, „die den Verlust durch eheliche Geburten reichlich wettmachen könnte?"[6]

Dieser Gedankengang ist allerdings zu relativieren. Michalik[7] hat in einer systematischen Untersuchung aller aus dem Zeitraum 1664–1764 überlieferten Gerichtsakten aus der Kurmark Brandenburg und Ostpreußen festgestellt, dass in diesem Zeitraum insgesamt ca. 600 Kindstötungsfälle an Neugeborenen aktenkundig geworden sind, dies sind etwa sechs Fälle[8] im Jahr. Diese Größenordnung[9] ist zu gering, um zu belegen, dass der König objektiv ein vorrangig bevölkerungspolitisches Interesse an der Reform der Vorschriften haben musste, zumal er gleichzeitig in großem Umfang Neubürger (Hollän-

4 Kottmann a. a. O., 10.
5 Zit. nach Michalik a. a. O., 216ff.
6 Zit. nach Kottman a. a. O., 9.
7 Michalik a. a. O., 462.
8 Zum Vergleich: Im Jahre 1997, dem letzten Jahr des § 217 StGB, weist die polizeiliche Kriminalstatistik für die Bundesrepublik 20 angezeigte Fälle aus. Allein im Landgerichtsbezirk Neubrandenburg (also in Teilen des ehemals preußischen Vorpommern) hat es in den Jahren 2004 und 2005 allein vier Fälle von Kindstötungen kurz nach der Geburt gegeben.
9 Die Zahl der unaufgeklärten Fälle und die Zahl der nicht mehr auffindbaren Akten sind unbekannt. Die Zahlen sagen also wenig über das tatsächliche Problem aus.

der, Schwaben, Hugenotten) ins Land holte. Maßgeblich ist wohl doch zu einem großen Anteil die von der Aufklärung beeinflusste, utilitaristische Denkweise des aufgeklärten Monarchen[10] und seiner Zeit. Richtig ist, dass sich die von Nützlichkeitserwägungen geprägte Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von Verbrechen und Strafe und die bevölkerungspolitischen Motive der Zeit durch Quellen ebenso belegen lässt, wie die Tatsache, dass damals die Zahl der Kindstötungsfälle als gravierend eingeschätzt[11] wurde.

4.3 Das Kindsmordedikt von 1765

Vielleicht also nicht zufällig nur zwei Jahre nach Ende des verlustreichen[12] Siebenjährigen Krieges, der die Rolle Preußens als europäische Großmacht begründete, erließ Friedrich am 8. Februar 1765 das *„Edikt wider den Mord neugebohrener unehelicher Kinder, Verheimlichung der Schwangerschaft und Niederkunft“*[13]. Weil inzwischen erkannt worden war, dass die Angst vor der sozialen Ächtung und vor den auf den außerehelichen Geschlechtsverkehr stehenden Strafen neben den wirtschaftlichen Konsequenzen eines außerehelich geborenen Kindes Motiv für dessen Tötung sein konnte, verfügte er die vollständige Abschaffung aller staatlichen Unzuchtstrafen. Auch sollten Eltern und Dienstherrschaften bestraft werden, die die „gefallenen Weibs-Persohnen zur Verzweiflung und Verübung eines größeren Übels“ verleitet hatten. Weiter enthielt das Edikt Vorschriften, die das Ziel verfolgten, heimliche Geburten durch das Umfeld einbeziehende, präventive Maßnahmen zu verhindern. Gleichzeitig wurden verheimlichte Geburten unter Strafe gestellt. „Das Edikt war ganz darauf ausgelegt, den ledigen Schwangeren eine goldene Brücke zu bauen, auf der sie in die bürgerliche Gesellschaft zurückkehren konnten.“[14]

Weiter enthielt das Edikt eine gravierende Verschärfung hinsichtlich der Verdachtsstrafen. Auf den ungeklärten Tod des Kindes nach verheimlichter Schwangerschaft oder bei anderen Lücken im subjektiven und objektiven Tatbestand stand nach dem Edikt lebenslange Festungsarbeit, eine Vorschrift, die sicherlich nicht als besonders gnädig zu bezeichnen ist.

Der Plan, Findelhäuser, Heime für uneheliche Kinder, zu schaffen, wurde aus Geldmangel nicht umgesetzt.

4.4 Preußisches Allgemeines Landrecht

Friedrich hatte gegen Ende seiner Regierungszeit die Vorarbeiten für ein allgemein gültiges Gesetzbuch Preußens initiiert, das 1794, also acht Jahre nach

10 Anders Michalik a. a. O., 228f.; Kottmann a. a. O., 9.
11 Michalik a. a. O., 222.
12 Zeitgenössische Schätzungen gehen von 1.000.000 Toten aus (Michalik a. a. O., 222).
13 Zit. nach Michalik a. a. O., 229.
14 Wächtershäuser, *„Das Verbrechen des Kindsmords (...)“*, 141.

seinem Tod als *„Allgemeines Landrecht für die Preußischen Staaten“* (ALR) in Kraft trat. Es gilt aber als Ausdruck seiner späten Regierungszeit. Es enthielt eine Vielzahl von Bestimmungen zur Verbesserung der ökonomischen und rechtlichen Situation lediger Mütter und deren Kinder mit dem Ziel, die Zahl der Kindstötungen zu vermindern. Die präventiven Regeln des ALR folgen den Grundsätzen des Kindsmordsedikts von 1765. Die Verhinderung verheimlichter Schwangerschaften und Aufsicht der Schwangeren durch das Umfeld galten als wichtigstes Mittel der vorbeugenden Verbrechensbekämpfung. Um die wirtschaftliche Not, ein weiteres Motiv für das als „Seuche“[15] empfundene Delikt zu lindern, gab das Preußische Landrecht von 1794 zur Verhütung des Kindsmords den unbescholtenen, mit einem Eheversprechen verführten Frauen, die Rechte und Würden einer Ehefrau, so dass die unehelichen Kinder die Rechte ehelicher Kinder hatten und vom Vater Unterhalt und Erziehung fordern konnten[16]. Sogar ohne Eheversprechen wurde der leibliche Vater zu Zahlungen an die ledige Mutter und das Kind herangezogen. Die bis dahin und später wieder gültige „Mehrverkehrseinrede“, die Behauptung, die Kindsmutter habe auch mit anderen Männern Geschlechtsverkehr gehabt, befreite den Vater nicht von seinen Zahlungspflichten dem Kind gegenüber.

Ausdrücklich mit der Begründung, dass das ALR ja die Motive für eine Kindstötung beseitige und deshalb die Gründe für eine Milderung entfallen seien, hielt der preußische Gesetzgeber die Androhung der Todesstrafe durch das Schwert für den „bey oder nach der Geburt“ erfolgten Kindsmord, so nannte es das Gesetz (II 20 § 887), durch Handeln oder Unterlassen (II 20 § 965) aufrecht. Auch die nach heutigem Rechtsverständnis unverständliche Verdachtsstrafe, lebenslang Zuchthaus bei schwerwiegenden Verdachtsmomenten („wenn zwar die gefährliche Behandlung erwiesen, aber nicht genugsam ausgemittelt ist, dass das Kind lebendig zur Welt gekommen ist“)[17] enthielt das ALR weiterhin: In den §§ 980 f. wurde der Täterkreis auf die ledige, verwitwete, geschiedene und getrennt lebende Frau sowie auf Ehebrecherinnen beschränkt, die Ehefrauen, die ihr eheliches Kind töteten, wurden nach den für den Verwandtenmord geltenden Vorschriften (§ 874 ALR) mit dem Rad („von unten“) und mit dem Schleifen zur Richtstätte bestraft. Gesenkt wurde das Strafmaß für die bloß verheimlichte Geburt.

4.5 Die Rechtspraxis im Preußen des 18. Jahrhunderts

Nach den von Michalik[18] für Preußen ermittelten Zahlen sind Todesstrafen im Verlauf des 18. Jahrhundert in immer geringerem Umfang verhängt worden. Während unter Friedrich Wilhelm I. noch mehr als Hälfte der Anklagen mit

15 Wächtershäuser, *„Das Verbrechen des Kindsmords (...)“* a. a. O., 123.
16 II 2 592ff. ALR.
17 II 20 § 968 ALR.
18 A. a. O., 259.

der Kapitalstrafe endeten, reduzierte sich dieser Anteil wohl wegen der Abschaffung der Folter vor allem in der Regierungszeit Friedrichs nach den Urteilen auf ca. 20 %, wobei sich der Anteil der dann tatsächlich vollstreckten Strafen nach Bestätigung durch den König nur noch auf ca. 15 % belief. Einem allgemeinen Trend in Preußen folgend wurden gegen Ende des 18. Jahrhunderts fast keine Todesstrafen mehr vollstreckt. Allerdings verlief die Entwicklung der verhängten langjährigen Freiheitsstrafen in Verdachtsfällen wegen der mit der Abschaffung der Folter aufgetretenen Beweisschwierigkeiten nach Inkrafttreten des Edikts von 1765 gegenläufig.

Die nach den ermittelbaren Zahlen zutreffende Behauptung Friedrichs in einem Brief an Voltaire am 11. Oktober 1777[19], dass die Kindsmörderinnen die größte Gruppe der hingerichteten Verbrecher stellten, obwohl „von den Kreaturen, die sich so grausam gegen ihren Nachwuchs (vergangen hatten) nur diejenigen exekutiert (wurden), denen man den Mord hatte nachweisen können" belegt dies.

Die Entwicklung in Preußen ist in den übrigen deutschen Staaten in dieser Konsequenz nicht oder nur zu Teilen nachvollzogen worden. Auch in Preußen gab es insbesondere von kirchlicher Seite Kritik an den Reformvorhaben, weil ein Bedeutungsverlust von Ehe und Familie befürchtet wurde[20].

Gleichwohl entsponn sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts eine sozialwissenschaftliche, kriminalpolitische und literarische Debatte zu dem Thema Kindsmord, deren Entstehungsbedingungen heute schwer nachzuvollziehen sind.

Aus den von Michalik mitgeteilten Zahlen[21] ergibt sich jedenfalls ein Grund für die verstärkte Beachtung des Themas nicht unbedingt. Die in den Akten registrierten Verurteilungen haben sich in der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts in Preußen im Jahresdurchschnitt von 6 auf 16 erhöht. Dies ist zwar eine beträchtliche prozentuale Zunahme, aber die absoluten Zahlen waren jedoch von untergeordneter Bedeutung angesichts der Tatsache, dass allein der Schlesische Krieg das Land 500.000 Tote gekostet hatte.[22] Auch Ulbricht kommt, wenn auch mit fragwürdiger Hochrechung aus dem Hellfeld, aus den für Schleswig-Holstein vorliegenden Akten zu der Feststellung, dass man von einem Massendelikt nicht sprechen könne.[23] Offensichtlich hatte sich die Wahrnehmung verändert. Die Zeitgenossen und ihnen folgend auch Teile der neueren Literatur zu dem Thema empfanden jedenfalls die Kindstötung als „Seuche", und Pestalozzi, ebenfalls ein Zeitgenosse, wird als Beleg für die Feststellung, bei den bekannten Fällen handele es sich nur um die Spitze „des bekannten Eisbergs" mit dem Satz zitiert:[24] „Zu tausenden werden meine Kinder von der Hand der Gebärenden erschlagen."

19 Zit. nach Michalik a. a. O., 262.
20 Kottmann a. a. O., 17.
21 Michalik a. a. O., 462.
22 Michalik a. a. O., 232.
23 Ulbricht a. a. O., 176.
24 Wächtershäuser, *„Das Verbrechen des Kindsmords (...)"* a. a. O., 110.

4.6 Die Entwicklung zum privilegierten Straftatbestand, die Mannheimer Preisfrage von 1780

Parallel zu der literarischen Behandlung des Themas fand eine kriminalpolitische Auseinandersetzung statt, die große öffentliche Beachtung fand. Im Jahre 1780 setzte ein „Menschenfreund" – später stellte sich heraus, dass es sich um den Mannheimer Regierungsrat Adrian von Lamezan handelte – einhundert Dukaten für die beste Beantwortung der Preisfrage: „Welches sind die besten ausführbaren Mittel, dem Kindermord abzuhelfen, ohne die Unzucht zu begünstigen" aus. Schon die Frage war akademisch formuliert und verstand sich als Beitrag zur aufklärerischen Reformpolitik. Die Reaktion auf den ausgelobten Preis war auch noch für heutige Verhältnisse überwältigend. Insgesamt sind 385 Beiträge bei den Preisrichtern eingegangen, im Umfeld der Preisfrage wurden insgesamt über 400 sich als wissenschaftlich begreifende Ausarbeitungen von Fachleuten und interessierten Laien, vor allem von Beamten, Theologen, Pädagogen und Medizinern, verfasst und veröffentlicht. Hervorzuheben ist Pestalozzis leidenschaftliches Buch über Gesetzgebung und Kindermord.[25] Das Thema muss seinerzeit eine heute kaum nachvollziehbare Brisanz gehabt haben.

Auch Zeitgenossen haben aber schon festgestellt, dass die Debatte nicht viel Neues ergeben hat.[26] Sie kam über den Wissenstand, der Grundlage des Edikts von 1765 war, nicht hinaus. Empfohlen wurde von einer Mehrheit – neben einer Minderheit, die drastische repressive Maßnahmen forderte – die Abschaffung von Kirchenbußen und Unzuchtsstrafen und im Übrigen soziale Maßnahmen, wie Findelhäuser, geheime Niederkunftshäuser sowie Investitionen in Erziehung und Bildung. Bemerkenswert ist, dass eine, wenn auch knappe, Minderheit – u. a. Pestalozzi – für die Abschaffung der Todesstrafe für Kindsmord votierte.[27]

Die Wirkungen der Debatte in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts sind aus einer Perspektive auf das gesamte Deutsche Reich allerdings überschaubar. Die weitgehenden Regelungen des Preußischen Allgemeinen Landrechts sind nicht oder nur in geringem Umfang nachvollzogen worden. Fast überall wurden die Kirchenbußen abgeschafft. Die Unzuchtstrafen erlitten nur regional begrenze Einbrüche und Modifikationen[28]; Findel- und geheime Entbindungshäuser wurden nicht, auch nicht in Preußen, geschaffen.

25 Radbruch/Gewinner, a. a. O., 207; Pestalozzi, Johann Heinrich, *„Über Gesetzgebung und Kindermord"* 1783.

26 Michalik a. a. O., 296.

27 Vgl. die ausführliche Auswertung der Antworten bei Ulbricht a. a. O., 268ff. und Michalik a. a. O., 295ff.

28 Ulbricht a. a. O., 328.

4.7 Die rechtspolitische Diskussion am Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts

Die Reaktion in Deutschland auf die Französische Revolution und die Napoleonischen Kriege veränderten schließlich die Debatte inhaltlich. In Preußen blieben zwar die Kodifikationen der friderizianischen Zeit vorerst unangetastet, in der Umsetzung ist jedoch eine deutlich größere Zurückhaltung zu spüren[29]. In den Äußerungen zum Thema verschiebt sich der Schwerpunkt weg von der Erörterung des Schandmotivs hin zu einer Deutung der Kindstötung als einer fast unwillkürlichen Handlung in einem psychischen Ausnahmezustand während der Geburt. Die gesellschaftlichen Ursachen des Phänomens geraten zugunsten eines eher biologischen Ansatzes aus dem Blickwinkel, weil dies für die Menschen der Biedermeierzeit eher zu akzeptieren war.

Friedrich Wilhelm III. verfügte 1797 eine allgemeine Amnestie für Frauen, die eine Strafe wegen Kindsmordsverdacht absaßen. Diese Maßnahme wurde allein mit der psychischen Ausnahmesituation unter der Geburt begründet.[30]

Neben diesem Argumentationsstrang finden sich in zeitgenössischen Äußerungen vermehrt Hinweise darauf, dass das Bürgertum dieser Zeit das Leben eines nichtehelichen Kindes zudem als Schutzgut minderen Werts eingeschätzt hat. Kant führte beispielsweise in seiner „*Metaphysik der Sitten*“ aus:

> *„Das unehelich auf die Welt gekommene Kind ist außer dem Gesetz (denn das heißt Ehe), mithin auch außer dem Schutz desselben geboren. Es ist in das gemeine Wesen gleichsam eingeschlichen (wie verbotene Ware) so daß dieses seine Existenz (weil es auf diese Weise nicht hätte existieren sollen), mithin auch seine Vernichtung ignorieren kann.“*[31]

Diese aus heutiger Sicht unverständliche Einstellung ist Konsequenz der geänderten Auffassungen zu Ehe und Familie in der Biedermeierzeit. Die Ehe war nun kein rein rechtliches, sondern vor allem ein sittliches Verhältnis, das die vollständige Unterwerfung der Frau unter den Mann erforderte, dem sie zur Behauptung ihrer Menschenwürde nicht nur sich und ihre Persönlichkeit, sondern auch ihr Vermögen und ihre Eigenschaft als Rechtssubjekt hinzugeben hatte. Mit dem Begriff „Biedermeier“ ist eine bürgerliche Kultur gemeint, die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand. Das Bürgertum kultivierte in dieser Zeit das Privat- und Familienleben in ganz neuem Ausmaß. Nicht mehr die Repräsentation stand im Vordergrund, sondern das häusliche Glück in den eigenen vier Wänden. Bürgerliche Tugenden wie Fleiß, Ehrlichkeit, Treue, Pflichtgefühl, Bescheidenheit wurden zu allgemeinen Prinzipien erhoben.

Verständnis für die sozialen Nöte von „gefallenen“ Mädchen oder ungetreuen Ehefrauen, die ihre neugeborenen Kinder töten und damit gegen so als

29 Michalik a. a. O., 343.
30 Michalik a. a. O., 345.
31 Kant a. a. O, 457.

fundamental gedachte Prinzipien wie die Mutterliebe verstoßen, kann man in einer solchen Zeit nicht erwarten. Dieses Bild von Ehe und Familie lässt sich mit den auf Kenntnis der sozialen Ursachen von Kindstötungen beruhenden Auffassungen der Aufklärer und mit dem Willen zur Besserstellung lediger Mütter und unehelicher Kinder zur Kindsmordprävention und mit der Abschaffung der Unzuchtstrafen nicht mehr überein bringen. Folgerichtig verliert das Ehrenrettungsmotiv in der kriminalpolitischen Diskussion jede Bedeutung. Zudem gerät immer mehr die Angst vor einem Verfall von Sitten und Moral durch „Förderung" unzüchtiger Handlungen in den Fokus des zeitgenössischen, kriminalpolitischen Diskurses.

Dass dies so ist, ergibt sich auch aus der gleichzeitigen Reform des Nichtehelichenrechts in Preußen aufgrund einer Kabinettsorder vom 15.01.1825. Dieses sollte einer beschleunigten Revision „unter besonderer Berücksichtigung des religiösen und sittlichen Prinzips"[32] unterzogen werden. In der Auseinandersetzung mit dem in der „Franzosenzeit" geltenden „Code civil", der keine Vaterschaftsklage zuließ und die ledigen Mütter und unehelichen Kinder weitgehend rechtlos ließ, entschied man sich in den 20er Jahren zwar noch für eine Beibehaltung der landrechtlichen Grundsätze, aber bei der nächsten Revision in den 40er Jahren des vorletzten Jahrhunderts wurde dann das Nichtehelichenrecht, auch durch Einführung der Mehrverkehrseinrede, so ausgehöhlt, dass es praktisch aufgehoben und damit dem französischen Rechtszustand angepasst wurde. Mit dem Regierungsantritt des von seinem Gottesgnadentum überzeugten Friedrich Wilhelm IV im Jahre 1842 kamen konservative und kirchlich beeinflusste Kräfte an die Macht. Diese gaben eine Reform des Eherechts in Auftrag, die dieses von den „den Lehren des Christentums widerstreitenden Grundsätzen"[33] befreien sollte. Die ideologischen Grundlagen des von Savigny vorgelegten Entwurfs beruhen auf den philosophischen Vorarbeiten Fichtes und Hegels und behandeln die Ehe als naturgegebene, „heilige" Institution und als unentbehrliche Grundlage des bürgerlichen Staates. So gesehen wird der außereheliche Beischlaf zu einem staatsfeindlichen Akt.

Um Kindsmordprävention ging es dabei nicht mehr, diese war zu einer vernachlässigbaren Größe geworden. Auch dieser Einstellungswandel hatte ersichtlich nichts mit einer Abnahme des tatsächlichen Problems zu tun, dieses nahm als Folge der Verelendung breiter Bevölkerungsteile in der ersten Hälfte im 19. Jahrhundert nach Aufgabe der ständischen Ordnung eher zu.[34]

32 Zit. nach Michalik a. a. O., 399.
33 Zit. nach Michalik a. a. O., 413.
34 Michalik a. a. O., 427.

4.8 Die Bestimmungen zum Kindsmord im Preußischen Strafgesetzbuch von 1851 und die Rechtspraxis

Übrig geblieben aus den Debatten der Aufklärungszeit war aber die Einschätzung, dass eine strafrechtliche Besserstellung lediger Kindsmörderinnen erforderlich sei[35]. Möglich ist, dass dabei die beschriebene Einstellung dem Leben nichtehelichen Kindern gegenüber eine Rolle spielte. Man gewinnt jedenfalls den Eindruck[36], dass die Zeitgenossen sich über die Zielsetzung zwar völlig einig waren, die rechtpolitische Begründung dafür aber nicht widerspruchsfrei liefern konnten.

Die bis dahin noch bestehenden Verdachtsstrafen und die Todesstrafe für Kindsmord wurden im Deutschen Reich nach und nach abgeschafft. Das erste deutschsprachige Gesetz, das die Todesstrafe abschaffte, war das österreichische Strafgesetzbuch von 1803. Dieses unterschied nur bei Strafandrohung hinsichtlich ehelicher und nichtehelicher Kinder und privilegierte die Tötung durch Unterlassen. Auch das von Anselm von Feuerbach verfasste Strafgesetzbuch für Bayern von 1813 sieht im Regelfall für die Kindstötung während oder innerhalb von drei Tagen nach der Geburt *nur* Zuchthaus auf unbestimmte Dauer vor. Die Regelungen in den übrigen Landrechten sind unterschiedlich, privilegieren aber alle nur die Tötung des unehelichen Kindes.[37]

In Preußen wurden die Verdachtsstrafen des ALR und die Todesstrafe für die Tötung unehelicher Kinder erst spät mit dem „*Strafgesetzbuch für die Preußischen Staaten*“ von 1851 aufgehoben.

Dessen § 180 lautete:

> „*Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tötet, wird wegen Kindsmords mit Zuchthaus von fünf bis zehn Jahren bestraft.*“

Diese Vorschrift galt im Grundsatz mit leichten redaktionellen Änderungen fast unverändert in Preußen, im Deutschen Reich und in der Bundesrepublik Deutschland bis zum 01.04.1998, also 147 Jahre.

Aus den Materialien zum Entwurf des preußischen StGB ergibt sich, dass die Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit in der Geburt der Grund für die Milderung war und, weil er vorausgesetzt wurde, im Einzelfall nicht mehr geprüft werden musste.[38] Ehrenrettung und die Furcht vor Schande als minder strafwürdiges Motiv haben keine legitimatorische Funktion mehr. Zu Recht im Übrigen: Es geht immerhin um die Verdeckung eines vorherigen „Fehltritts“ durch Tötung eines wehrlosen Menschen. Das ist völlig unverhältnismäßig und

35 Ich habe als Praktiker in einer Strafkammer zudem den höchst subjektiven Verdacht, dass es in diesen Fällen – auch heute noch – einen sich aus höchst irrationalen Quellen speisenden, männlichen Mangel an Strafbedürfnis gibt.

36 Czelk a. a. O., 74 unter Hinweis auf die Tatsache, dass die Materialien die Notwendigkeit eines eigenständigen Tatbestands ohne weitere Erörterungen voraussetzen.

37 Frick a. a. O., 4.

38 Frick a. a. O., 47.

hat nichts Privilegierenswürdiges an sich. Beim heutigen Mordparagraphen gilt beispielsweise Verdeckung als ein besonders niedriger Beweggrund.

Mit dem – im Übrigen bis heute – ganz im Vordergrund stehenden Argument, die gebärende Mutter befände sich in einem psychischen Ausnahmezustand und sei nicht ganz verantwortlich zu machen für ihr Tun, ist die Privilegierung der Tötung nur des unehelichen Kindes nicht zu begründen. Wenn es diesen Ausnahmezustand gibt, gilt er auch für die Tötung ehelicher Kinder. Diesen Widerspruch hat die Rechtswissenschaft niemals aufzuklären vermocht.

In § 186 des Preußischen Strafgesetzbuchs wurde die Beseitigung der Leiche nach verheimlichter Schwangerschaft zu einer Ordnungswidrigkeit herabgestuft. Damit entfielen die bisherigen Verdachtsstrafen fast vollständig.

Der § 180 des Preußischen StGB privilegierte sowohl die Tötung eines Kindes (Totschlag) als auch die Tötung unter qualifizierenden Merkmalen (Mord). Das Delikt hieß deshalb Kindsmord.

Nichts an Deutlichkeit zu wünschen übrig ließen die Diskussionen zu der Frage, ob nicht konsequenterweise auch bei der Abtreibung zwischen ledigen und verheirateten Frauen unterschieden werden müsse, weil die Ehefrau „da sie zugleich die Rechte des ehelichen Vaters kränke, sowie aus allgemeineren Gründen strenger zu bestrafen sei“[39]. Auch hier findet sich wieder das unterschwellige Motiv, dass das uneheliche Kind weniger schützenswert sei. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde zudem die Nichtehelichkeit zunehmend als Problemfaktor für die Wirtschaftsstabilität und als Rekrutierungsbasis für das zunehmend gefürchtete Proletariat erörtert.[40] Auch dies mag eine Rolle gespielt haben.

Das Beharrungsvermögen dieser Vorschrift, die ein höheres Maß an Schutzlosigkeit des nichtehelichen Kindes gesetzlich sanktionierte, ist erstaunlich.

4.9 Vom Reichsstrafgesetzbuch von 1871 zu § 217 StGB

Das 1851 in Preußen gesetzlich verankerte Sonderrecht für ledige Kindsmörderinnen ging mit Herabsetzung der Mindeststrafe auf drei Jahre für den Regelfall und auf zwei Jahre bei mildernden Umständen durch Gesetz vom 31.05.1870 in das Strafgesetzbuch des Norddeutschen Bundes über, das durch Gesetz vom 15. Mai 1871 zum Reichsstrafgesetz wurde. Seit 1870 wird der Tatbestand als Kindstötung bezeichnet.

In der Folgezeit wurde immer wieder ausgehend von Zweifeln an dem Grund der Privilegierung und an der nur schwer nachvollziehbaren Unterscheidung zwischen ehelichen und nichtehelichen Kindern erörtert, ob die Vorschrift nicht zu reformieren sei. In Erörterungen in den Jahren 1909, 1911, 1925, 1927, 1953 und 1960 wurden diese Gesichtpunkte erörtert, im Ergebnis aber blieb die Norm unverändert. Auch die Nationalsozialisten haben mit Vorarbeiten für

39 Zit. nach Michalik a. a. O., 444.
40 Michalik a. a. O., 449.

eine völlige Streichung der Privilegierung begonnen, weil „im Hinblick auf den hohen Wert des Kindes für die Volksgemeinschaft, seiner völligen Hilflosigkeit sowie angesichts der völligen Verleugnung der Mutterpflichten durch die Kindesmörderin eine Milderung nicht veranlasst“[41] sei. Umgesetzt wurde auch das Vorhaben nicht.

Die Vorschrift des § 217 Reichsstrafgesetzbuch wurde bei Gründung der Bundesrepublik unverändert übernommen, lediglich am 04.08.1953 wurde der Strafrahmen für den minder schweren Fall auf sechs Monate Mindeststrafe abgesenkt, um die Strafandrohung an den minder schweren Fall des Totschlags anzupassen.

Die Vorschrift lautete nun:

1. Eine Mutter, welche ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft.
2. In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

Die Rechtsprechung sah Kindstötung als selbständigen Tatbestand und nicht als privilegierten Totschlag. Eine Kindsmörderin konnte deshalb, weil § 217 die speziellere Vorschrift war, niemals wegen Mordes bestraft werden. Ähnlich war die Situation in der DDR. Ein Neonatizid, das heißt die Tötung eines Kindes durch die Mutter „in oder gleich nach der Geburt“ (§ 113 StGB der DDR) wurde juristisch als Totschlag klassifiziert. Die Milderung kam der Täterin völlig unabhängig von der Frage zugute, ob ein psychopathologischer Ausnahmezustand tatsächlich für die Tat maßgeblich wurde oder nicht. Auch bestand kein Doppelverwertungsverbot, die Tatsache, dass die Täterin unter einem solchen Zustand litt, wurde von der Vorschrift vorausgesetzt und reichte zudem als Begründung für die Einstufung als minder schwerer Fall im Sinne des Abs. 2 der Vorschrift, wenn er denn tatsächlich vorlag.

4.10 Die Abschaffung des § 217 StGB im Jahre 1998

Mit dem 6. Strafrechtsreformgesetz vom 26.01.1998, in Kraft getreten am 01.04.1998, wurde § 217 StGB ersatzlos abgeschafft. Dieser Reform ging eine Debatte voraus, in der die Vorschrift als „antiquiert“[42], „nicht mehr zeitgemäß“[43] und „verfassungswidrig“[44] angesehen wurde.

Die immanenten Widersprüche dieser Vorschrift, deren Auflösung als „Illusion“[45] angesehen wurde, waren seit dem Inkrafttreten dieser Vorschrift hinlänglich bekannt.

41 Zit. nach Frick, a. a. O., 54.
42 Sieg, ZStW 1990, 292, 312.
43 Eser, Gutachten zum 53. DJT, D148.
44 Rump/Hammer, NStZ 1994, 69.
45 Arzt/Weber a. a. O., 68.

Wenn nach § 46 StGB die individuelle Schuld, die Vorwerfbarkeit menschlichen Verhaltens also, Grundlage der Strafbemessung ist, dann könnten Angst vor Schande und Rettung der Geschlechtsehre als Motiv allenfalls dann strafmildernd Berücksichtung finden, wenn diese Beweggründe tatsächlich vorhanden und glaubhaft sind. A priori als strafmildernd vorausgesetzt werden können sie in einem modernen Strafrechtssystem nicht. Ob diese Beweggründe angesichts des verletzten Rechtsguts auch gegen Ende des 20. Jahrhunderts noch als verständlich und positiv zu bewerten und deshalb strafmildernd sind, ist auch sehr zweifelhaft. Neben dem bereits angeführten Gesichtspunkt, dass die Tötung eines Menschen zum Zwecke der Verdeckung eines „Fehltritts" nicht moralisch positiv zu bewerten ist, ist auch schwer zu begründen, warum auch Ehebrecherinnen dieser Ehrennotstand zugebilligt werden soll. Dies aber ist in der gesamten Zeit der Gültigkeit dieser Vorschrift so gehandhabt worden, die Privilegierung galt auch für die Tötung eines außerhalb einer bestehenden Ehe gezeugten Kindes. Im Übrigen ist auch die zeitliche Beschränkung der Vorschrift nicht schlüssig: Das Ehrenrettungsmotiv kann auch noch Tage nach der Geburt wirksam sein.

Grund für die Besserstellung der ledigen oder außerehelich gebärenden Mutter kann deshalb allein die affektive Belastung der Mutter während der Geburt sein. Diese als Regelfall anzunehmen, war medizinisch nie unumstritten.[46] Eine starke affektive Erregung liegt zudem angesichts der erhöhten Hemmschwelle zur Tötung eines Menschen den meisten Tötungsdelikten zugrunde. Zur Milderung bedarf es deshalb eines besonders starken Affekts. Ein zu einer erheblichen Einschränkung der Steuerungsfähigkeit im Sinne der § 20, 21 StGB führender Affekt wird jedenfalls erst dann anerkannt, wenn er zu einem zumindest teilweisen Zusammenbruch von Ordnungsstrukturen in der Psyche des Täters führt. Der § 217 StGB setzte eine solche Beeinträchtigung aber ohne zureichenden rechtstatsächlichen Beleg in jedem Fall strafmildernd voraus. Dies ist aus heutiger Sicht schwer aufrechtzuerhalten. Die durchaus denkbare Fallkonstellation einer kühl und überlegt, beispielsweise mit gemeingefährlichen Mitteln tötenden Mutter, führte unter der Geltung des § 217 StGB zu schwer erträglichen Ergebnissen. Die Unterscheidung zwischen ehelichen und nichtehelichen Kindern in diesem Zusammenhang war zudem nicht zu begründen.

Die Brüche in der Logik dieser Vorschrift waren bekannt, gleichwohl kam es nicht zu einer Reform. Erst als sich die Einstellung der Gesellschaft nichtehelichen Kindern gegenüber tatsächlich verändert hat und dies auch mit einer großen zeitlichen Verzögerung, wurde sie abgeschafft.

Das nach Art. 6 Abs. 5 Grundgesetz bestehende Gleichstellungsgebot nichtehelichen Kindern gegenüber wurde erst mit dem am 01.07.1970 in Kraft getretenen *„Gesetz über die rechtliche Stellung nichtehelicher Kinder"* umgesetzt. Diese wurden jetzt erstmalig in das Familienrechtssystem des Bürgerlichen Gesetzbuchs

46 Sieg, ZStW 1990, 313.

integriert. Bis dahin galten das nichteheliche Kind und sein Vater als nicht verwandt (§ 1589 Abs. 2 BGB a. F.). Alleinerziehende Mütter (und Väter) sind eine weitgehend akzeptierte Realität geworden, die zwar mit Belastungen zu kämpfen, aber wirtschaftliche Not, Ausgrenzung und „Schande" nicht mehr zu befürchten haben.

Gleichwohl lebten im Zusammenhang mit dem Vorschlag der CDU-Regierung Helmut Kohls, § 217 StGB ersatzlos zu streichen, weil die Vorschrift nicht mehr zeitgemäß sei und kaum angewendet werde, die alten Diskussionen noch einmal auf. Zwischen 1986 und 1994 habe es in den alten Bundesländern, so die Bundesregierung in dem Gesetzentwurf[47], jeweils jährlich nur bis zu zwölf Strafverfahren wegen Kindstötung gegeben, die nur in bis zu zehn Fällen zu einer Verurteilung geführt hätten. Die Vorschrift sei überflüssig, weil die psychische Ausnahmesituation durch Anwendung des § 213 StGB (minder schwerer Fall des Totschlags) Berücksichtigung finden könnte. Der Bundesrat[48] schlug auf Initiative Bayerns hingegen vor, die Vorschrift auch auf eheliche Kinder auszudehnen, weil die Unterscheidung nicht mehr zeitgemäß sei. Die den Müttern zugebilligte (!) psychische Ausnahmesituation sei vom Familienstand der Mütter und Kinder nicht abhängig. Gegen eine Streichung der Vorschrift spräche aber eben diese Ausnahmesituation. Die Ahndung der Tat als Mord oder Totschlag werde ihr nicht gerecht. Weil es sich um Bundesrecht handelt, entschied dann der Bundestag zugunsten einer vollständigen Streichung der Vorschrift.

4.11 Die Kindstötung in der Rechtspraxis der Gegenwart

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) sagt zu der Häufigkeit von Kindstötungen nichts mehr aus, weil diese nach Abschaffung des § 217 StGB nicht mehr gesondert registriert werden. Es ist aber zu vermuten, dass derartige Taten seit Ende der 90er Jahre nicht gravierend zugenommen haben, obwohl zu bemerken ist, dass die mediale Verarbeitung der bekannten Fälle die „gefühlte" Kriminalität ansteigen lässt. Im Jahre 2006 hat es ausweislich der vom Bundeskriminalamt[49] veröffentlichten PKS in der Bundesrepublik insgesamt 1650 Tatverdächtige wegen Totschlags gegeben, unter diesen waren 232 Frauen. Die Zahl ist seit Jahren praktisch gleich bleibend. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass ein bestimmter Teil der Totschlagsdelikte gravierend zugenommen haben könnte. Forschung darüber hinaus, die das rechtstatsächliche Ausmaß des Phänomens beleuchtet, ist – soweit ersichtlich – nicht veröffentlicht. Die PKS des Jahres 1997 wies 20 Tatverdächtige im Zusammenhang mit § 217 StGB aus, allenfalls zehn davon wurden angeklagt.

47 BT.-Drucksache 13/8587.
48 BR.-Drucksache 164/97.
49 http://www.bka.de/pks/pks2006/index2.html.

§

Nach Abschaffung des § 217 StGB ist jede bewusste Kindstötung durch die Mutter während oder kurz nach der Geburt als Mord oder Totschlag strafbar. Totschlag, § 212 StGB, ist die vorsätzliche Tötung eines Menschen, Mord, § 211 StGB, ist die vorsätzliche Tötung eines Menschen unter besonderen, den Totschlag als Mord qualifizierenden Merkmalen, mit denen der Gesetzgeber die besondere Verwerflichkeit der Tat zu beschreiben versucht.

Die Strafbarkeit der Frau, die ihr Kind während oder kurz nach der Geburt tötet, wegen Mordes kommt allerdings regelmäßig kaum in Frage. Heimtücke ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung dann gegeben, wenn die Täterin die Arg- und Wehrlosigkeit des Opfers ausnutzt. Ein Neugeborenes kann indes nicht arglos sein, weil es die Fähigkeit dazu nicht besitzt.[50] Heimtücke als Mordmerkmal entfällt deshalb. Das Mordmerkmal „grausam" wird durch die Begehungsweise der Tat, eine innere Haltung des Täters und den entsprechenden Vorsatz dazu erfüllt. In der besonderen Situation der Täterin in diesen Fällen wird Grausamkeit ganz selten gegeben und nie nachweisbar sein. Die Mordmerkmale im Übrigen, Mordlust, Befriedigung des Geschlechtstriebs, Habgier, Verdeckung oder Ermöglichung anderer Straftaten, gemeingefährliche Mittel oder sonstige niedrige Beweggründe kommen bei Kindstötungen in oder kurz nach der Geburt praktisch nicht in Betracht.

Es erfolgt also in aller Regel bei Vorliegen der subjektiven Voraussetzungen eine Verurteilung wegen Totschlags, der mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bedroht ist. Höchststrafe wäre damit 15 Jahre Freiheitsstrafe.

§

Bereits der Bundesgesetzgeber hat in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen, dass in Fällen, in denen die Täterin sich in einem psychischen Ausnahmezustand befunden hat, häufig eine Anwendung des § 213 StGB, der minder schwere Fall des Totschlags, in Betracht kommt, der mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bedroht ist. Ein minder schwerer Fall ist dann gegeben, wenn eine Gesamtbetrachtung von Tat und Täter ergibt, dass die – eventuell nach den §§ 212, 49 StGB wegen Vorliegens einer erheblichen Einschränkung der Steuerungsfähigkeit gemilderte – Strafe unangemessen hoch ist.

Die wenigen nach Abschaffung des § 217 StGB zu Kindstötungen ergangenen höchstrichterlichen Urteile befassen sich ausnahmslos mit der Frage, ob sich die jeweilige Strafkammer in einer ausreichend umfassenden Gesamtwürdi-

50 BGHSt 4, 13; 8, 216.

gung mit der besonderen psychischen Situation der gebärenden Mutter auseinandergesetzt habe.[51]

4.12 Schlussbemerkung

Gustav Radbruch hat 1949 bemerkt[52], dass Kindsmord das Schlüsseldelikt aller strafrechtreformerischen Bestrebungen des 18. Jahrhunderts gewesen sei; über kein anderes Verbrechen sei damals häufiger und leidenschaftlicher gestritten worden. Dies ist richtig und die Auseinandersetzungen haben sich danach, wenn auch in deutlich weniger leidenschaftlicher Form, fortgesetzt. Die Befassung mit der Rechtshistorie zu diesem Thema erlaubt aber den Blick darauf, dass nicht nur in den jeweils aktuellen rechtspolitischen Auseinandersetzungen sondern auch in den auffällig zahlreichen rechtshistorischen Arbeiten häufig und leidenschaftlich über dieses Thema gestritten wurde. Auch insoweit scheint die Auseinandersetzung mit dem Kindsmord Schlüsselfunktion zu haben.

Grund dafür ist, dass es im Kern um den Wandel der Beziehungen der Geschlechter zueinander und den Umgang mit Illegitimität geht, die im Zusammenhang mit diesem Delikt strafrechtsrelevant werden. Die Einstellung zu diesem Wandel beeinflusst die Wahrnehmung nicht nur der Rechtspolitiker, sondern ersichtlich auch die der Rechtshistoriker.

Literaturverzeichnis

Allgemeines Landrecht für die Preußischen Staaten von 1794. 3. erw. Auflage. Neuwied, Kriftel, Berlin 1996.

Arzt G, Weber U. Strafrecht, Besonderer Teil. 2. Aufl.. Bielefeld 1981.

Czelk A. Privilegierung und Vorurteil. Köln, Weimar, Wien 2005.

Dülmen R van. Frauen vor Gericht. Frankfurt/Main 1991.

Eser A. Empfiehlt es sich, die Straftatbestände des Mordes, des Totschlags und der Kindstötung neu abzugrenzen? in: Verhandlungen des 53. Deutschen Juristentages. Berlin 1980.

Frick V. Die Kindstötung im deutschen und englischen Recht. Bonn 1992.

Imhof A. Die gewonnenen Jahre. München 1981.

Kant I. Die Metaphysik der Sitten. Werkausgabe Bd. 8. Weischedel W. (Hrsg.) Frankfurt/Main 1982.

Kottmann P. Studien zur Verrechtlichung und Reproduktion. Bielefeld 1987.

Michalik K. Kindsmord. Sozial- und Rechtsgeschichte der Kindstötung im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert am Beispiel Preußen. Pfaffenweiler 1997.

Radbruch G, Gwinner H. Die Geschichte des Verbrechens. In: Radbruch G. Gesamtausgabe Bd. 11. Kaufman A. (Hrsg.). Heidelberg 2001.

Rameckers JM. Der Kindsmord in der Literatur der Sturm-und-Drang-Periode. Rotterdam 1927.

Ulbricht O. Kindsmord und Aufklärung n Deutschland. München 1990.

Wächtershäuser W. Das Verbrechen des Kindsmords im Zeitalter der Aufklärung. Berlin 1973.

Wächterhäuser W. Kindstötung. In: Erler A, Kaufmann E. (Hrsg.) Handwörterbuch der Rechtsgeschichte. Berlin 1973.

51 BGH NStZ-RR 2005, 168; BGH NStZ-RR 2004, 80 BGH StV, 2003, 557.

52 Radbruch/Gwinner a. a. O., 206.

5 Über die forensisch-psychiatrische Beurteilung der Kindstötung nach der Geburt bei abgewehrter Schwangerschaft unter besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses von Privilegierungs- und Dekulpierungsgründen

Matthias Lammel

5.1 Vorbemerkung

Angeregt durch die unzureichend begründet erscheinende Abschaffung des § 217 StGB im Jahre 1998 wird die Geschichte der Privilegierungs- und Dekulpierungsgründe der Kindstötung nachgezeichnet. Im Ergebnis einer Kritik der Vorentscheidungen, die mit der Verwendung von Begriffen wie „Verdrängung“ und „Verheimlichung“ verbunden sind, und aus dem Bemühen um begriffliche Klärung heraus, wird mit Blick auf die der Kindstötung nach der Geburt häufig vorangehende Phänomenologie von abgewehrter Schwangerschaft gesprochen. Ausgehend von zehn Falldarstellungen wird erörtert, wann nicht nur juristisch-normativ zu bewertende Privilegierungsgründe, sondern psychiatrisch-empirisch darstellbare Dekulpierungsgründe vorliegen und wie diese argumentativ als Voraussetzungen für die Anwendung des § 21 StGB vertreten werden können. Auf die vergleichsweise geringe Bedeutung der Aussage über die Verminderung der Schuldfähigkeit bei Vergleich mit der Tragweite von normativen Setzungen im Rahmen des richterlichen Entscheidungsprozesses wird hingewiesen.

5.2 Die Norm

Die die *Kindstötung betreffende Norm des § 217 StGB* lautete nach dem Inkrafttreten des RStGB vom 15. Mai 1871 wie folgt:

> *„Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tödtet, wird mit Zuchthaus nicht unter drei Jahren bestraft. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter zwei Jahren ein.“*

Die fahrlässige Tötung eines unehelichen Kindes durch die Mutter in oder gleich nach der Geburt wurde mit § 222 RStGB vom 15. Mai 1871 erfasst und mit „Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.“ Über alle Reformversuche, Novellierungen und Änderungen hinweg bis zur Abschaffung des § 217 StGB mit dem Sechsten Gesetz zur Reform des Strafrechts (6. StrRG) vom 26. Januar 1998 blieb die Bezugnahme auf die *Tötung des nichtehelichen Kindes* und die Orientierung auf eine Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren erhalten. Auch wenn der Tötungsvorsatz aus dem Text der Vorschrift später herausgenommen wurde, lassen die Kommentierungen des § 217 StGB erkennen, dass der Tötungsvorsatz für die Anwendung der Vorschrift Voraussetzung war, andernfalls § 222 StGB Anwendung finden müsse. Verändert wurde auf der Zeitstrecke zwischen 1871 und 1998 also lediglich der Strafrahmen für den minder schweren Fall: In der letzten Fassung des § 217 (StGB vom 31.01.1998) heißt es:

> *„(1) Eine Mutter, welche ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft.*
>
> *(2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.“*

Die *Drucksache 13/8587 des Deutschen Bundestages vom 25.09.1997* enthält den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Sechsten Gesetzes zur Reform des Strafrechts (6. StrRG) mit der zugehörigen Begründung (Anlage 1), der Stellungnahme des Bundesrates vom 16. Mai 1997 (Anlage 2) und der Gegenäußerung der Bundesregierung (Anlage 3).

Aus den Ausführungen zur Zielsetzung des Entwurfes, die im Rahmen der *Begründung der Bundesregierung* gemacht worden sind, ergibt sich, dass es schwerpunktmäßig u. a. darum gehen solle,

> *„die mit dem Verbrechensbekämpfungsgesetz vom 28. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3186) eingeleitete Harmonisierung der Strafrahmen des Strafgesetzbuches fortzusetzen,*
>
> *im Zuge dieser Harmonisierung Strafvorschriften zu ergänzen und neu zu fassen, soweit es erforderlich erscheint, den Strafschutz zu verbessern und die Rechtsanwendung zu erleichtern, und*
>
> *nicht mehr zeitgemäße oder entbehrlich gewordene Strafvorschriften aufzuheben“ (BT-Drucksache 13/8587, 18).*

§

Von den sieben aufgehobenen Strafvorschriften gehört der § 217 StGB (Kindestötung) neben den §§ 144 StGB (Auswanderungsbetrug) und 238 StGB-DDR (Beeinträchtigung richterlicher Unabhängigkeit) zu den drei §§, deren Abschaffung mit dem Argument „nicht mehr zeitgemäß" begründet wurde.

Es wurde zur Problematik des § 217 StGB ausgeführt:

> *„Der Tatbestand der Kindestötung spielt in der strafrechtlichen Praxis nur eine sehr untergeordnete Rolle. In den alten Bundesländern waren in den Jahren 1986 bis 1994 jährlich zwischen einem und zwölf Strafverfahren mit jeweils zwischen einer Verurteilung und zehn Verurteilungen zu verzeichnen. Die nicht durch die Strafverfolgungsstatistik erfaßte Tötung eines Kindes durch die eheliche Mutter wird in der Praxis eine ähnlich untergeordnete Bedeutung haben.*
>
> *§ 217 ist nicht mehr zeitgemäß. Die psychische Ausnahmesituation einer Mutter, die ihr eheliches oder nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, kann durch die Anwendung des § 213 StGB Berücksichtigung finden. Mit der Aufhebung des § 217 StGB wird zugleich die allgemein kritisierte Beschränkung des Tatbestandes auf die Tötung nichtehelicher Kinder beseitigt" (ebenda, 34).*

Der *Bundesrat* hat in seiner 712. Sitzung am 16. Mai 1997 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen. Hinsichtlich der geplanten Abschaffung des § 217 StGB wurde entgegnet:

> *„In § 217 Abs. 1 wird das Wort ‚nichteheliches' gestrichen.*
>
> *Begründung*
>
> *Gemäß § 217 StGB wird eine Mutter, die ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Tötet eine Mutter ihr eheliches Kind in oder gleich nach der Geburt, so wird sie wegen Mordes (§ 211 StGB) oder wegen Totschlags (§ 212 StGB) mit Freiheitsstrafe zwischen fünf Jahren und lebenslang bestraft, sofern die Tat nicht ausnahmsweise als minder schwerer Fall des Totschlags gemäß § 213 StGB und demzufolge mit einer Mindeststrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren geahndet wird.*
>
> *Aufgrund der veränderten gesellschaftlichen Stellung von Müttern nichtehelicher Kinder ist diese Unterscheidung heute nicht mehr zeitgemäß und auch nicht mehr gerechtfertigt. Denn die den Müttern zugebilligte psychische Ausnahmesituation, in der sie ihr Neugeborenes töten, ist vom Familienstand der Mütter und Kinder nicht abhängig.*
>
> *Gegen eine ersatzlose Streichung des § 217 StGB spricht die besondere Ausnahmesituation, in der sich eine Mutter befindet, die ihr Kind in oder direkt nach der Geburt*

tötet. Die Ahndung einer solchen Tat als Mord oder Totschlag wird ihr keineswegs gerecht" (ebenda, 59f.).

Aus der *Gegenäußerung der Bundesregierung* geht hervor, dass mit der nachfolgend wiedergegebenen Begründung am Vorhaben der Abschaffung des § 217 StGB festgehalten wurde.

„Die Bundesregierung hält den Vorschlag des Entwurfs, § 217 aufzuheben, gegenüber dem Vorschlag des Bundesrates, den Anwendungsbereich dieser Vorschrift auf Mütter ehelicher Kinder auszudehnen, aus folgenden Gründen für vorzugswürdig:

Die Ausnahmesituation, in der sich eine Mutter befindet, die ihr Kind in oder direkt nach der Geburt tötet, kann in angemessener Weise bei der Prüfung berücksichtigt werden, ob ein minder schwerer Fall des Totschlags gemäß § 213 vorliegt. Es trifft zu, daß eine Anwendung des § 213 ausscheidet, soweit Mordmerkmale bei der Tötung der Kinder verwirklicht werden. Allerdings dürfte in Fällen der hier in Rede stehenden Art regelmäßig keiner der in Betracht kommenden Mordmerkmale des § 211 erfüllt sein. Heimtücke ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung dann gegeben, wenn die Arg- und Wehrlosigkeit des Opfers ausgenutzt wird. Dem Neugeborenen ist jedoch die Fähigkeit zum Argwohn nicht gegeben. Das Merkmal ‚grausam' wird durch die Begehungsweise der Tat und eine spezifische innere Haltung des Täters gekennzeichnet. Der Vorsatz muß sich auf alle Umstände erstrecken, die die Grausamkeit der Tat begründen. Beide Voraussetzungen werden mit Rücksicht auf die psychische Ausnahmesituation, in der sich auch diejenige Mutter befindet, die ihr eheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, in aller Regel nicht vorliegen. Vielmehr dürfte – von ganz außergewöhnlichen Ausnahmefällen abgesehen – bei der Tötung eines Kindes durch die Mutter in oder gleich nach der Geburt § 212 Abs. 1 und vielfach § 213 zur Anwendung gelangen.

Auch wenn ausnahmsweise Mordmerkmale des § 211 verwirklicht werden, kann die Strafe durch Rückgriff auf den gesetzlichen Schuldminderungsgrund in § 21 gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 1 gemildert werden. Insgesamt bedarf es daher nach Auffassung der Bundesregierung keines Sondertatbestandes der Kindestötung.

Im übrigen spricht für die Aufhebung des § 217 der Umstand, daß diese Privilegierung auch der Mutter zugute kommt, die sich tatsächlich nicht in einem Erregungszustand befunden hat und die Tat plangemäß und mit Überlegung ausgeführt hat. Demgegenüber kann § 213 nur dann zur Anwendung kommen, wenn im Einzelfall die seelische und wirtschaftliche Bedrängnis der Mutter in Verbindung mit dem Erregungszustand während der Geburt zur Tötung des Kindes geführt haben. Letzteres ist sachgerecht" (ebenda, 81 f.).

5.3 Das Problem

Das *Problem hat mindestens vier Facetten*. Davon liegen zwei bei der Entscheidung auf der Ebene der Abschaffung des § 217 StGB, nämlich das

- *Missverständnis hinsichtlich des Unzeitgemäßen* am § 217 StGB und die
- *Untauglichkeit einer statistisch ausgerichteten Argumentation.*

und zwei bei der Verlagerung der Problematik in Richtung der Anwendung des § 213 StGB, nämlich das

- *unzureichende Wissen von dem, was recht allgemein als psychische Ausnahmesituation bzw. Erregungszustand unter der Geburt den Blick auf den minder schweren Fall des Totschlags lenken soll*
- *und die außerhalb der Begründung für die Abschaffung des § 217 StGB liegende Erhöhung des Strafrahmens für das ehemals mit dem § 217 StGB erfasste Delikt.*

Auf diese vier Aspekte ist kurz einzugehen, da sich daraus das Anliegen dieses Beitrags ergibt. Eine *fünfte Problematik*, die in der Praxis als *Kontrast zwischen der fassbaren Empirie* einerseits *und der normativen Entscheidung* über Vorsatz oder Fahrlässigkeit, Vollendung oder Versuch, Tun oder Unterlassung andererseits erscheint und dann ganz entscheidende Folgen für den Schuldspruch und den Rechtsfolgenausspruch hat, ergibt sich aus den Falldarstellungen und soll zum Nachdenken anregen, kann aber nicht diskutiert werden, da es sich dabei um eine rechtliche Problematik handelt.

§

Bis zur Abschaffung der Norm des § 217 StGB wurde die Kindestötung als ein gesonderter Tatbestand behandelt und darunter im Wesentlichen die Tötung des Kindes durch die Mutter unter der Geburt verstanden. Es hatte historische Gründe, die allerdings nicht schon psychologisch-psychiatrische Gründe waren, dass mit dem § 217 StGB lediglich die Tötung des unehelichen Kindes privilegiert wurde, während hinsichtlich der Tötung des ehelich geborenen Kindes zu entscheiden war, ob die Verurteilung wegen Mordes (§ 211 StGB), wegen Totschlags (§ 212 StGB) oder wegen minder schweren Fall des Totschlags (§ 213 StGB) erfolgen sollte. Die Argumentation, die auf eine Abschaffung des § 217 StGB zielte, weil die Regelung **unzeitgemäß** ***sei, greift zu kurz. Es wird zu zeigen sein, dass unzeitgemäß am § 217 StGB lediglich geworden ist, was schon immer kritikwürdig war, nämlich das moralische Verdikt „nichtehelich“, welches aber nun auf einer ganz anderen Ebene als die alle Schwangerschaften – seien sie nun ehelich oder nichtehelich zustande gekommen – kennzeichnende Selbstwahrnehmung begegnet, nämlich als Etikettierung infolge moralisierender Fremdwahrnehmung. Unter diesem Aspekt wäre es hinreichend gewesen, das Adjektiv „nichtehelich“ zu streichen, wenn es darauf angekommen wäre, zeitgemäß sein zu wollen.***

Es ist ein Tatbestand, dass in der Kriminalstatistik bis 1997 allenfalls die Verurteilungen nach § 217 StGB erfasst werden konnten. In welchem Ausmaße die Tötung ehelich geborener Kinder unter der Geburt zur Verurteilung der Mutter wegen Mord, Totschlag oder minder schweren Fall des Totschlags führte, lässt sich nicht rekonstruieren. Die Zahlen, die im Rahmen der Begründung der Bundesregierung bemüht worden sind, rekurrieren auf max. zehn Verurteilungen pro Jahr im Zeitraum zwischen 1986 und 1994. Aus der Polizeilichen Kriminalstatistik ergibt sich, dass weit mehr Fälle erfasst werden müssten. Der Hinweis von A. Rohde (2003) auf eine darüber hinausgehende Dunkelziffer, da nicht alle Babyleichen gefunden werden, wird mit den unten skizzierten Falldarstellungen unterstrichen. So sehr wie das von der Bundesregierung für die Abschaffung des § 217 StGB bemühte „statistische Argument", nach dem es in einem, nämlich im alten Teile Deutschlands, nur zu einer geringen Zahl von Verurteilungen nach dieser Norm gekommen sei, fragwürdig ist, so sehr entbehrt die zugleich vertretene Auffassung, nach der die nicht durch die Strafverfolgungsstatistik erfasste Tötung eines ehelich geborenen Kindes durch die Mutter in der Praxis eine ähnlich untergeordnete Bedeutung haben werde, einer empirischen Grundlage. Geht man davon aus, dass in den zehn Jahren zwischen 1987 und 1997 ehelich geborene Kinder in der gleichen Größenordnung wie nichtehelich geborene Kinder getötet worden sind, dann ist das beim Vergleich mit Zahlen früherer Jahre – nach Hans Göppinger (1919–1996) ein Rückgang von 157 im Jahr 1955 auf 77 im Jahr 1968 (1973, 410) – sicher ein ganz wesentlicher Rückgang dieser Delinquenzform. Keinem der die Entscheidung der Bundesregierung tragenden Protagonisten würde es jedoch einfallen, in ähnlich lapidarer Weise mit Blick auf die nach der Polizeilichen Kriminalstatistik seit 30 Jahren rückläufige Zahl kindlicher Opfer vollendeter Sexualmorde zu argumentieren, die deutlich unter der Delinquenz der Neugeborenentötung liegt (s. Tab. 4).

Tab. 4 Kindestötung gem. § 217 StGB nach der Polizeilichen Kriminalstatistik 1987–1997 (1987–1990 alte Bundesländer, 1991–1992 alte Bundesländer mit Gesamt-Berlin, ab 1993 Bundesgebiet insgesamt)

Jahr	erfasste Fälle	davon Versuche	Aufklärungsquote	Tatverdächtige	Nichtdeutsche Tatverdächtige
1987	19	1	68,4 %	13	2
1988	25	2	80,0 %	20	1
1989	30	5	76,7 %	23	3
1990	32	5	65,6 %	21	3
1991	28	2	85,7 %	22	2
1992	24	6	75,0 %	16	3
1993	29	4	69,0 %	20	4

Jahr	erfasste Fälle	davon Versuche	Aufklärungs-quote	Tatverdächtige	Nichtdeutsche Tatverdächtige
1994	26	4	76,9 %	20	5
1995	32	3	65,6 %	21	2
1996	31	6	83,9 %	27	3
1997	24	4	75,0 %	18	0

Die Argumentation des Bundesrates, die auf eine Ausdehnung des § 217 StGB auch auf die Tötung des ehelich geborenen Kindes zielte, weil es nicht um den Familienstand, sondern um die *psychische Ausnahmesituation der Frau unter der Geburt* gehe, bleibt nach der Gegenäußerung der Bundesregierung relevant für die Anwendung des § 213 StGB. Jedoch greift diese Argumentation umso weniger durch, wie allgemein und offen bleibt, was darunter speziell und alles verstanden werden soll. Ein Verständnis dafür zu entwickeln, ist aber wesentlich, weil es sich bei den potenziell zur Anwendung des § 213 StGB auf Fälle der Kindstötung führenden *Privilegierungsgründen* um historisch herleitbare und nunmehr in der Rechtsprechung zum § 217 StGB aufbewahrte Sachverhalte handelt, die gegen seltene spezifische Konstellationen abgegrenzt werden müssen, die als *Dekulpierungsgründe* – kaum als Exkulpierungsgründe – die Anwendung des § 21 – kaum des § 20 – StGB nach sich ziehen können. Dekulpierungsgründe stehen nicht auf Zuruf zur Verfügung, damit „auch wenn ausnahmsweise Mordmerkmale des § 211 verwirklicht werden, (…) die Strafe durch Rückgriff auf den gesetzlichen Schuldminderungsgrund in § 21 gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 1 gemildert" (ebenda, 81) werden kann, sondern müssen methodisch geleitet erarbeitet werden, ehe darüber entschieden wird, ob sie über die Kannbestimmung des § 21 StGB Eingang in die Entscheidung finden werden.

Trotz der Kritik des Bundesrates kam es zur Streichung des § 217 aus dem StGB. Das hat zur Folge, dass nun unabhängig vom Familienstand der Mutter unter rechtlichen Aspekten zu prüfen ist, ob die Tötung des Kindes unter der Geburt als Mord, Totschlag oder minder schwerer Fall des Totschlags zu behandeln ist, diese Fälle insgesamt aber nicht mehr erfassbar sind und damit mehr noch als vorher einem Vergleich hinsichtlich der Beurteilungsmaßstäbe entzogen werden. Das Problem im Rahmen dessen ist nicht der prinzipiell erreichbare Konsens hinsichtlich einer Begründung, die auf die Vermeidung der Anwendung des § 211 StGB (Mord) zielen kann, sondern der nicht sichtbare Konsens hinsichtlich der Beurteilungsmaßstäbe, die geeignet sein können, die Kindstötung unter der Geburt als einen minder schweren Fall des Totschlags (§ 213 StGB) gegen Totschlag (§ 212 StGB) abgrenzen zu lassen.

Über die Verpflichtung auf Gesetz und Rechtsprechung hinaus ist der Gerichtssaal auch ein Ort der Öffentlichkeit, an dem sich folglich nicht nur Sachkunde, sondern auch Werthaltungen und Vorurteile aller Verfahrensbeteiligten begegnen, die die Wahrnehmungsperspektive des Problems eines jeden und damit Beurteilung und Verurteilung bestimmen – zumal dann, wenn es

um ein solches Problem wie das der Kindstötung geht, über das, da es berührt, ein jeder erwartbar ein Meinen schon vor der Sachkunde hat.

§

Unabhängig von der aus juristischer Sicht zu favorisierenden Anwendung der §§ 211, 212 und 213 StGB auf den Einzelfall, kann auch die Anwendung der §§ 20 und 21 StGB Auswirkungen auf das Strafmaß haben. Aus den nachfolgenden Ausführungen soll die in der forensischen Praxis durchaus immer wieder vorfindbare Konstellation ausgeklammert werden, die dadurch gekennzeichnet ist, dass Psychose oder Wahn zweifelsfrei feststellbar sind und tatkausale Bedeutung, möglicherweise im Rahmen eines misslungenen erweiterten Suizids, für das Delikt einer Kindstötung mit der Folge der Anwendung des § 20 StGB erlangen.

Die Untersuchung zielt auf die Vergegenwärtigung einer seit jeher gegebenen und aufgrund zeitgeistindifferenten Vorkommens durchaus anthropologisch zu nennenden Grundkonstellation, die mit dem Phänomen der abgewehrten Schwangerschaft und der gerade dazu in Beziehung stehenden Kindstötung unter der Geburt gegeben ist.

Es soll dargestellt werden, dass die Abgrenzung der Privilegierungsgründe von den Dekulpierungsgründen notwendig für die Entscheidungsfindung ist und welche Wege aus psychiatrischer Sicht zur Diskussion von Voraussetzungen zur Anwendung des § 21 StGB führen können.

Es handelt sich bei der *Kindstötung im Zusammenhang mit abgewehrter Schwangerschaft* um eine jener wiederkehrenden Grundkonstellationen, die seinerzeit zur Schaffung des § 217 StGB führten, dessen Anwendung dann aber nur für die Tötung des unehelich geborenen Kindes reserviert wurde. Das geschah zeitgeistabhängig, nicht aber sachlich gerechtfertigt.

Durfte man bis 1998 noch davon ausgehen, dass das Bewusstsein für diese Problematik wenigstens über die Existenz des § 217 StGB – bis hin zu Überlegungen, die den Strafrahmen betreffen – erhalten wurde, muss man perspektivisch befürchten, dass die angemessene psychiatrische und juristische Beurteilung eines empirisch fassbaren Sachverhaltes verloren geht, zumindest hinter normativen Erwägungen zurücktreten wird. In diese Richtung weisen nicht nur die zu referierenden Fälle, sondern bereits die Ausführungen, die im Entwurf der Bundesregierung zum *Strafahmen* des § 213 StGB angestellt worden und die, gebilligt vom Bundesrat, in das Gesetz eingegangen sind.

„Die im Verbrechensbekämpfungsgesetz und darüber hinaus in Artikel 1 Nr. 28 dieses Entwurfs vorgesehene Verschärfung der Strafdrohungen für Körperverletzungsdelikte würde die bereits nach geltendem Recht bestehenden Spannungen zu dem Strafrahmen des § 213 StGB noch erhöhen. Insbesondere wäre es nicht angemessen, für einfache Körperverletzung (gemäß § 223 i. d. F. des Artikels 1 Nr. 10 des Verbrechensbekämpfungs-

gesetzes Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren) dieselbe Höchststrafe anzudrohen wie für Totschlag in einem minder schweren Fall. Angesichts des weiten Anwendungsbereichs der ‚sonst minder schweren Fälle' in § 213 StGB, der durch die Aufhebung des § 217 StGB durch Artikel 1 Nr. 26 des Entwurfs noch ausgedehnt wird, ist es dringend geboten, den Strafrahmen des § 213 zu erhöhen, wie dies auch seit geraumer Zeit von Teilen der Wissenschaft und Praxis gefordert wird. Mit der Änderung werden auch die Probleme der Praxis mit den aneinanderstoßenden Strafrahmen des § 212 Abs. 1 und § 213 sowie die Unzuträglichkeiten bei einer angemessenen Ahndung der Straftat beseitigt, zu denen die niedrige Höchststrafe des geltenden § 213 StGB insbesondere bei (mehrfacher) Anwendung des § 49 StGB führt" (ebenda, 34).

§

Geht man von der Hypothese aus, dass es sich bei dem nachfolgend näher zu beschreibenden Syndrom der Kindstötung bei abgewehrter Schwangerschaft um eine Konstellation handelt, die paradigmatisch für die Annahme eines minder schweren Falls der Kindstötung sein kann, dann haben die Abschaffung des § 217 StGB zum einen und die Strafrahmenerhöhung in der Neufassung des § 213 StGB zum anderen zur Folge, dass Strafe jetzt nicht mehr „Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren", sondern „Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu 10 Jahren" ist!

Wenn nachfolgend vom Syndrom der abgewehrten Schwangerschaft mit nachfolgender Kindstötung gesprochen wird, dann geschieht das vorerst aus didaktischen Gründen mit dem Anspruch, Vorentscheidungen, die mit den Begriffen „verdrängte" oder „verheimlichte" Schwangerschaft verbunden sein könnten, zu vermeiden. Auf die Terminologie wird später näher einzugehen sein.

5.4 Die Geschichte

Hinter der *Geschichte der Norm* steht die *Geschichte des Syndroms*. Beides kann im zur Verfügung stehenden Rahmen nur hinsichtlich der Leitlinien skizziert werden, bleibt aber – soweit es um die jüngere Geschichte im deutschsprachigen Raum geht – bezogen auf einen Entwicklungsprozess, der sich in der Folge und als Ausdruck der Aufklärung vor allem in nachnapoleonischer Zeit auf juristischem Gebiet über die Entwicklung der Partikulargesetzgebung in Richtung der Strafrechtsreform und auf psychiatrischem Gebiet über die Entwicklung der Naturwissenschaft zu einer sich *(natur-)wissenschaftlich verstehenden Psychiatrie* vollzogen hat (Lammel 2000). Ausführungen zur älteren, aber auch zur neueren Geschichte der Kindstötung und ihrer rechtlichen Bewertung lassen sich bei Braendli (o. J.), v. Fabrice (1911), Wallach (1932), Handke (1937), Blanke (1966) u. v. a. m. finden.

5.4.1 Der Weg zu Strafrechtsreform und forensischer Psychiatrie

Der Entwicklungsgedanke, der in der Naturwissenschaft als Forschungsprinzip zur Entfaltung kam, wirkte in die Strafrechtstheorie hinüber, half das klassische Strafrecht des 19. Jahrhunderts zu überwinden und die *Entstehung des sozialen Strafrechts des 20. Jahrhunderts* vorzubereiten. Nachdem es im Ergebnis der Zentralisationspolitik Otto von Bismarcks (1815–1898) 1866/67 zur Bildung des Norddeutschen Bundes und dann 1871 zur Gründung des Deutschen Reiches gekommen war, entstand im Zusammenhang mit der Schaffung des ersten Entwurfes eines StGB für den Norddeutschen Bund vom 31.7.1869 und des StGB des Deutschen Reiches vom 15.5.1871 eine richtungweisende Diskussion unter den Juristen, die auch die Psychiatrie erreichte. Zur kriminalpolitischen Grundkonzeption des StGB von 1871 gehörte der Gedanke der Wiederherstellung der Gerechtigkeit durch Vergeltung. Im Sinne der konservativ-klassischen Strafrechtsschule argumentierte aus Leipzig, dem Sitz der obersten Rechtsprechung, Karl Binding (1841–1920) und aus München Karl von Birkmeyer (1847–1920). Der österreichische Strafrechtswissenschaftler Franz von Liszt (1851–1919) vertrat als Gegenposition von Berlin aus, dem Ort der Gesetzgebung, die den Vergeltungsgedanken des Strafrechts im Sinne einer spezialpräventiven Theorie übersteigende Auffassung, dass es mit Blick auf Straftäter um Individualisierung hinsichtlich der Bewertung des Bedingungsgefüges der Tat und Zweckorientierung im Rahmen differenzierter Bestrafung gehen müsse (v. Liszt 1882). Dies sei nur im Rahmen einer das klassische Strafrecht, die moderne Kriminologie und eine Sozial- bzw. Kriminalpolitik umfassenden Strafrechtswissenschaft mit neuer methodischer Orientierung zu erreichen. Der Erreichung dieses Zieles sollte die seit 1881 erscheinende und von v. Liszt herausgegebene „*Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*“ dienen. Gemeinsam mit dem Belgier Adolphe Prins (1845–1919) und dem Holländer Gerard Anton van Hamel (1842–1917) gründete v. Liszt 1889 die „Internationale Kriminalistische Vereinigung“ (IKV), wodurch eine grenzüberschreitende Diskussion der Sachfragen und Reformbestrebungen gefördert wurde.

In dieser Zeit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ereignete sich auch die Entwicklung der *(natur-)wissenschaftlich orientierten Kriminologie*, als deren Begründer Cesare Lombroso (1835–1909) insofern gelten darf, als durch ihn im Rahmen seiner Kriminalanthropologie der „Verbrecher“ erstmals zum Gegenstand systematisch-empirischer Untersuchungen gemacht wurde. Lombroso vertrat bereits seit 1871 den Lehrstuhl für Gerichtsmedizin und daneben noch ab 1896 den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität Turin. An dieser Stelle sei daran erinnert, dass Lombrosos Lieblingsschüler Enrico Ferri (1856–1929) und mit ihm Raffaele Garofalo (1851–1934) die Positionsbestimmungen des Meisters relativierten und dadurch die Akzeptanz der italienischen (kriminologischen) Schule erhöhten. Die aus Kontroversen kommende, durch Ferri (1896) vorbereitete *Verflechtung der kriminal-anthropologischen und der kriminal-soziologischen Richtung* bestimmte über die IKV die bis in die Gegenwart reichende Anlage-Umwelt-Diskussion.

Es muss nicht näher illustriert werden, dass die täterorientierte Verbindung von psychologischen Ansätzen, naturwissenschaftlich orientierter Forschung und Kriminalpolitik im Sinne spezialpräventiver Maßnahmen die Aufmerksamkeit der fortschrittlich gesonnenen und forensisch interessierten Psychiater erregen musste. Emil Kraepelin (1856–1926) redete 1880 in der bekenntnishaften, zugleich aber „hart an der Grenze zwischen pointierter Meinungsäußerung und Polemik stehenden Schrift" (Hoff 1994, 77) über *„Die Abschaffung des Strafmasses"* einer im Gegensatz zur Vergeltungstheorie stehenden Schutz- und Besserungstheorie das Wort und vertrat die Auffassung, dass sich das Strafmaß nach der Dauer der vom Betroffenen ausgehenden Gefahr richten müsse, die während des Strafvollzuges durch pädagogische und psychologische Maßnahmen, letztlich also durch eine auf die Person bezogene Behandlung und Beurteilung zu minimieren sei. Auf die Ausführungen von Hoff (1994) sei besonders wegen der differenzierten Erörterung des historischen und ideengeschichtlichen Hintergrundes der forensisch-psychiatrischen Position Kraepelins verwiesen. In der Folgezeit wurde Gustav Aschaffenburg (1866–1944) – beeinflusst durch Ferri, sich aber ebenso vorbildlich-maßvoll wie deutlich von Lombroso abgrenzend – zum Protagonisten dieser Auffassungen und quasi zum Verbündeten von v. Liszt im Bemühen um eine methodengeleitete Erforschung des Verbrechens, des Verbrechers sowie um die Individualisierung der Strafe.

Für die Zeit um die Jahrhundertwende ist eine nicht nur nationale Grenzen, sondern auch die Grenzen des jeweiligen Faches überschreitende Diskussion der Themen charakteristisch, denn Strafrecht, Kriminologie und Kriminalpsychologie, Psychiatrie und Psychologie, Sozialpolitik und Kriminalpolitik etc. waren hinsichtlich ihres Gegenstandes und des Methodeninventars damals noch nicht so streng voneinander geschieden wie das in späterer Zeit der Fall wurde (Gruhle 1926). Die Kriminologie war im deutschsprachigen Raum zunächst *Kriminalpsychologie* und wurde von Juristen oder Psychiatern verwaltet (Schneider 1981). Auf juristischer Seite war neben v. Liszt der an der Deutschen Universität Prag lehrende Hans Gross (1847–1915) die beherrschende Persönlichkeit, der 1898 das *„Archiv für Kriminologie"* gründete und dessen *„Kriminal-Psychologie"* (1905) im Jahre 1911 ins Amerikanische übersetzt wurde.

Auf psychiatrischer Seite war Gustav Aschaffenburg der die anderen überragende Vertreter im Engagement für eine Strafrechtsreform. Seine Verdienste um die Entwicklung einer modernen gerichtlichen Psychiatrie können hier nicht einmal ansatzweise gewürdigt werden. Er weist dem Psychiater auf dem Gebiete der Strafrechtspflege zwei Aufgaben zu:

> *„Die erste, häufigere, ist die eines Werkzeuges der Strafrechtspflege; in all' den Fragen, in denen eine Person infolge einer geistigen Erkrankung in Berührung mit der Rechtspflege geraten ist, hat er dem Richter und Strafvollzugsbeamten mit Rat und Tat beizustehen. Die zweite, wichtigere, ist die wissenschaftliche Klarlegung der Ausnahmestellung, die dem psychisch Abnormen gewahrt werden muss" (1901,3).*

Mit Blick auf beide Aufgabenstellungen wurde eine ungemein rege wissenschaftliche und publizistische Tätigkeit auf hohem Niveau und diszipliniertem Sprachgebrauch entfaltet. Aschaffenburg war der wesentliche (Mit-)Gestalter des 1901 von Alfred Hoche (1865–1943) herausgegebenen ersten „*Handbuches der Gerichtlichen Psychiatrie*", das 1934 in der dritten und letzten Auflage erschien. Die tradierte forensische Psychiatrie wird in Richtung Kriminologie und Kriminalpolitik überschritten, was besonders in dem viel beachteten Werk „*Das Verbrechen und seine Bekämpfung*" (1903) zum Ausdruck kommt. Das Buch, welches auch als *erstes Lehrbuch der Kriminologie* bezeichnet wird, wurde 1913 ins Amerikanische übersetzt und dort 1968 nochmals aufgelegt. Aschaffenburg war 1896 der IKV beigetreten. Seit 1904 wurde von ihm unter der ständigen Mitwirkung von v. Liszt die „*Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform*" herausgegeben. Aschaffenburg ist nach seinem Tode im amerikanischen Exil in Vergessenheit geraten. Es ist an dieser Stelle auf den gelungenen Versuch von Busse (1991) hinzuweisen, der erstmals einen umfassenden Überblick über Leben und Werk dieses bedeutenden Nervenarztes und Strafrechtsreformers des ersten Drittels des 20. Jahrhunderts gegeben hat.

5.4.2 Zur Geschichte des Syndroms

Die Kindstötung hatte bis ins 18. Jahrhundert hinein den Charakter eines durch besondere Schwere ausgezeichneten Delikts, welches demzufolge nicht nur mit dem Tode schlechthin, sondern mit einem besonders grausamen Vollzug der Todesstrafe zu ahnden war, gegen den sich Friedrich II. von Preußen (1712–1786) mit Edikten (näher dazu: Handke 1937, Blanke 1966) unmittelbar bereits nach Amtsantritt wandte. Die Richtung, in der sich die Diskussion bis zur Abschaffung des § 217 StGB vollzogen hatte, war noch vor dem für das 19. Jahrhundert aufgezeigten Entwicklungsgang der damit befassten Wissenschaften eingeschlagen worden. Es war die Aufklärung, die die Hinwendung zur subjektiven Tatseite bewirkte und die den Privilegierungsgedanken zur Folge hatte. Das geschah im 18. Jahrhundert. Vordenker dieser neu anbrechenden Zeitepoche und zugleich Vater des Privilegierungsgedankens ist Augustin von Leyser (1683–1752) gewesen, der – geboren und gestorben in Wittenberg und Professor der Rechte daselbst – als Hauptwerk „*Meditationes ad pandectas*" (1. Aufl. Leipzig 1717–1748, 11 Bde, 2. Aufl. Halle 1774, 12 Bde) hinterlassen hat.

> *„In seinen meditationes ad pandectas (1741) machte er zum erstenmal auf die eigentümlichen Beweggründe, welche die Mutter verbrecherisch werden lassen, aufmerksam. „Plerorumque infanticidorum causa est conservatio existimationis et metus infamiae." In dem Bestreben die Geschlechtsehre zu retten, um drohender Schande zu entgehen, erblickte er also das treibende Motiv, das eine mildere Bestrafung rechtfertigt" (Braendli, o. J., 8).*

So sehr wie dieser Umbruch der Sichtweise der Kindstötung und im Rahmen dessen der Blick auf das Syndrom der abgewehrten Schwangerschaft sowie der darin zum Ausdruck kommende Anspruch auf Individualisierung interessieren, kann innerhalb der bereits gezogenen historischen und kulturellen Grenzen nur auf zwei Problemkreise hingewiesen werden: kurz auf die *poetische Behandlung* und ausführlicher auf *die Alltagsrealität des Problems im 18. Jahrhundert*. Auf das quasi zwischen diesen beiden Polen eines Spektrums liegende und sich im 19. Jahrhundert entwickelnde formale Recht wird noch einzugehen sein.

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts beginnen „Kindsmord" und „Kindsmörderin" geradezu wogenartig zu einem fortan bevorzugten und bis in die Gegenwart reichenden *Thema der Literatur* zu werden (ausführlich dazu: Rameckers 1944). Zwar ist aus heutiger Sicht die Gretchentragödie am bekanntesten, doch hat es Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832) offenbar geärgert, dass die im *„Urfaust"* (1775) gegebene Anregung aufgegriffen und die Ausführung anderenorts geleistet wurde.

> *„Vorübergehend will ich nur, der Folge wegen, noch eines guten Gesellen gedenken, der, obgleich von keinen außerordentlichen Gaben, doch auch mitzählte. Er hieß Wagner, erst ein Glied der Straßburger, dann der Frankfurter Gesellschaft; nicht ohne Geist, Talent und Unterricht. Er zeigte sich als ein Strebender, und so war er willkommen. Auch hielt er treulich an mir, und weil ich aus allem, was ich vorhatte, kein Geheimnis machte, so erzählte ich ihm wie andern meine Absicht mit ‚Faust', besonders die Katastrophe von Gretchen. Er faßte das Sujet auf, und benutzte es für ein Trauerspiel, ‚Die Kindesmörderin'. Es war das erstemal, daß mir jemand etwas von meinen Vorsätzen wegschnappte; es verdroß mich, ohne daß ich's ihm nachgetragen hätte. Ich habe dergleichen Gedankenraub und Vorwegnahmen nachher noch oft genug erlebt, und hatte mich, bei meinem Zaudern und Beschwätzen so manches Vorgesetzten und Eingebildeten, nicht mit Recht zu beschweren" (Goethe 1948ff., Bd. 10, 11).*

Jener Wagner war Heinrich Leopold Wagner (1747–1779), der promovierter Jurist war, der als Literat alle bewegenden Anregungen seiner Zeit aufnahm, diese produktiv abwandelte und der als Vertreter einer literaturgeschichtlichen Epoche, die unter dem Begriff „Sturm und Drang" verwaltet wird, nicht zur Reife gelangte, da er bereits mit 32 Jahren an Tuberkulose starb. Das Trauerspiel *„Die Kindermörderin"* (1776) ist ein Beispiel für das Zeitthema der verführten Unschuld. Das Stück forderte eine heftige Kritik durch die sprachliche Gestaltung von Standesgegensätzen und die Darstellung einer Bordellszene sowie des Kindesmordes auf der Bühne heraus. Nur am Rande des deutschen Sprachgebiets, in Preßburg, soll das ursprüngliche Stück im Juli 1777 auf die Bühne gekommen sein (Killy 1988ff.). Zur „Kindermörderin" wird die Metzgersstochter Evchen Humbrecht, nachdem sie von dem adligen Offizier von Gröningseck verführt wird und aus dem Elternhause flieht, nachdem die Lage dort für sie unhaltbar wird. Auf die Kritik hin hat Wagner selbst den aufklärerisch-sozialethischen Anspruch des Trauerspiels in ein bürgerlich-sentimentales

Lehrstück verkehrt, indem er daraus 1779 ein gefälliges *„Evchen Humbrecht oder Ihr Mütter merkts Euch!“* gemacht hat.

Goethe, Wagner und Jakob Michael Reinhold Lenz (1751–1792, ganz anders, beeindruckend und vielschichtig in: *„Zerbin oder Die neuere Philosophie“*, 1776) waren die ersten, die das Thema des Kindsmordes etwa zeitgleich 1775/1776 künstlerisch gestaltet haben. Man kann mit Blick auf nahezu alle Dichtungen, die sich in jener Zeit am Thema Kindsmord erprobt haben, zusammenfassen, dass sie zwar die persönliche Realität der Betroffenen verfehlen, als aufrüttelnde und sozialkritisch akzentuierte Lehrstücke aber immerhin in der Tendenz mit den Streitschriften übereinstimmen, die in den 80er Jahren des 18. Jahrhunderts gegen die auf den Kindsmord stehende Todesstrafe geschrieben worden sind. Im Juliheft der *„Rheinischen Beiträge zur Gelehrsamkeit“* des Jahres 1780 wurde für das Jahr 1781 ein Preis für die beste Arbeit zum Thema *„Welches sind die besten ausführbaren Mittel, dem Kindermord abzuhelfen, ohne die Unzucht zu begünstigen?“* ausgelobt (Rameckers 1944). Es sollen mehr als 400 Arbeiten aus allen Teilen Europas eingegangen sein. Die sicher umfangreichste und bedeutendste Streitschrift wurde von Johann Heinrich Pestalozzi (1746–1827) *„Über Gesetzgebung und Kindesmord“* (Neuausgabe 1910) zwar angeregt durch diesen Wettbewerb gefertigt, nicht aber eingereicht, sondern umgearbeitet erst 1783 veröffentlicht. Eine Zusammenfassung dieser Bemühungen, einen imposanten historischen Rückblick und internationalen Rundblick hat Franz Heinrich Birnstiel (1746–1791), Stadt- und Landphysikus aus Bruchsal, in seinem *„Versuch, die wahre Ursache des Kindermords aus der Natur- und Völkergeschichte zu erforschen“* (1785) gegeben.

Stellt man sich über die Rezeption der durch die Aufklärung bestimmten strafrechtsreformerischen und poetischen Bemühungen hinaus die *Frage nach der damals gegebenen Realität*, dann werden Antworten in der sehr lesenswerten Arbeit von M. Lorenz über Schwangerschaftswahrnehmungen und Geburtserfahrungen von Frauen im 18. Jahrhundert (1996) gegeben. Es sollen daraus drei hier interessierende und ineinander greifende Sachverhalte hervorgehoben und deshalb vergleichsweise ausführlich dargestellt werden, da der Weg in die Gegenwart über die beeindruckende Zeitlosigkeit der von M. Lorenz recherchierten Empirie führt. Für das gegenwärtige Verständnis des Problems werden für wesentlich gehalten:

- das Verhältnis von *Wissen und Selbstwahrnehmung*,
- das Verhältnis zwischen *Erleben der Schwangerschaft und der Beziehung zum Kind*
- und schließlich die *selektiv auf die ledige Mutter ausgerichtete Fremdwahrnehmung*.

Wenn über das *Verhältnis von Wissen und Selbstwahrnehmung* allgemein formuliert wurde, dass „der weibliche Körper des 18. Jahrhunderts unseres Kulturkreises (…) noch nicht der normierte und kontrollierte Körper des ausgehenden 20. Jahrhunderts“ (Lorenz 1996, 100) und deshalb der Blick auf die Möglichkeit einer Schwangerschaft – nicht nur durch die Schwangere, aber vor allem durch die Schwange-

re – ein durch Kenntnisdefizite und Unsicherheiten bestimmter Blick gewesen ist, dann mag sich das – nach den aktuell zu machenden forensischen Erfahrungen – zwar grundsätzlich, nicht aber in jedem Einzelfall geändert haben.

> *„Das heute so selbstverständliche Sehen ins Körperinnere trübt uns den Blick für die Unsicherheit der Schwangerschaft einer Zeit vor dem Ultraschall und dem Schnelltest aus der Apotheke. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurde Leiblichkeit von Frauen anders erfahren als heute. Die Vorgänge zwischen Zeugung und Geburt eines Kindes waren weitgehend unsichtbar, da sie hauptsächlich von den Empfindungen und der (auf eigener und/oder fremder Empirie basierenden) Selbstbeobachtung der Schwangeren abhängig und darum bis zur Geburt zweifelhaft waren. (…) Voraussetzung für ein Wissen um die eigene Schwangerschaft war für eine Frau in jedem Fall die Existenz für sie eindeutig sichtbarer und spürbarer Zeichen. Im 18. Jahrhundert war eine Frau dabei letztlich allein auf die immer wieder zu überprüfende Selbstwahrnehmung verwiesen, auch wenn sie sich mit Fragen aus ihrer – zumeist weiblichen – Umgebung auseinandersetzen musste. Sie allein entschied, ob sie sich schwanger fühlte oder nicht und konnte gegenüber Hebammen und Ärzten auf ihrer Meinung beharren, während heute durch einen Schwangerschaftstest, oft schon nach wenigen Tagen, eine Definition zuerst von außen vorgenommen wird, die die Selbstwahrnehmung dann in die ‚richtige‘ Richtung lenkt“ (ebenda, 100 f.).*

Es muss nun nicht erläutert werden, dass die Möglichkeit, wissen zu können, grundsätzlich nicht schon mit dem Motiv, wissen zu wollen, einhergeht. So sehr, wie einerseits die Fähigkeit zu Selbstwahrnehmung, die formal etwas Objektives ist, durch die Erkenntnismöglichkeiten des Faktischen bekräftigt, korrigiert, aber auch verkümmern kann, so sehr kann Selbstwahrnehmung immer noch bestimmen, welcher Gebrauch von der Möglichkeit, wissen zu können, gemacht wird. Das gilt allgemein und ist damit nicht schon ein Problem der Psychopathologie. Das Verhalten im Rahmen einer unerwünschten und abgewehrten Schwangerschaft, die einer Kindstötung vorangehen kann, ist doch in der Regel gerade dadurch gekennzeichnet, dass die Selbstwahrnehmung durch die Angst vor dem Faktischen korrumpiert wird, die Auseinandersetzung mit den anderen vermieden wird und die Segnungen der möglichen Feststellungsverfahren eben nicht in Anspruch genommen werden. Immer noch ist es also trotz wissenschaftlichen Fortschritts so, dass die Frau allein entscheidet, ob sie sich schwanger fühlt oder nicht. Das Ausbleiben der Menstruation war dafür allemal ein unsicheres und der Interpretation sehr gut zu unterwerfendes Merkmal.

> *„Für ledige Frauen war die erste Kindsregung der Moment, in dem sie sich dem entsetzlichen Verdacht stellen und sich über ihre weitere Vorgehensweise Gedanken machen mussten. Doch auch hier konnte es keine Einwände geben, wenn die Betreffende nichts wahrnehmen konnte oder wollte. Mögliche Kindsmörderinnen versicherten in Verhören oft, nie derartiges gefühlt oder einige Zeit vor der Geburt keine Bewegungen mehr gespürt zu haben. So beteuerte eine geständige Täterin sogar: ‚Sie habe keine Bewegung des Kindes bis auf den letzten Augenblick verspüret, ob sie gleich von ihrer Schwanger-*

> *schaft überzeugt gewesen.' (...) Keine fötalen Bewegungen mehr zu spüren, war für ledige Frauen ein positives Zeichen. Entweder war es doch kein Kind, was da in ihnen heranwuchs, oder die Frucht war durch Unfall oder Krankheit abgestorben. So brauchten sie dem, was da ‚abging', keine große Beachtung zu schenken" (ebenda 107 f.).*

Das durch den wissenschaftlichen Fortschritt erweiterte Spektrum von Feststellungsverfahren berührt nicht das zeitlose Fortbestehen der Möglichkeit, dass nicht schwanger sein wollen die Selbstwahrnehmung mit der Folge bestimmt, sich nicht schwanger zu fühlen und zur Aufrechterhaltung dieser subjektiven Überzeugung alles zu vermeiden, was geeignet sein könnte, diese Selbstwahrnehmung zu erschüttern. Das kann durchaus eine psychopathologische Dimension gewinnen. Darauf wird später zurückzukommen sein.

Wenn die Autorin sich in ihrer historischen Analyse „auf das persönliche Erleben von Schwangerschaft und Geburt" und schließlich die „Beziehung zu dem, was schließlich zur Welt kam" konzentriert, weil diese Beziehung „nur im Zusammenhang mit dem vorausgegangenen Zustand angemessen begriffen werden" (101) kann, dann ist auch das von aktueller Bedeutung.

> *„Bei historischen Untersuchungen zu Sexualität, Abtreibung oder Kindesmord bleibt der m. E. zentrale Aspekt der Körperwahrnehmung bisher marginal. Werden in Prozessakten erwähnte medizinische Gutachten von der historischen Forschung überhaupt berücksichtigt, gewinnt das Gutachten den Status eines objektiven Maßstabs zur Interpretation der Aussagen der Betroffenen" (ebenda 101).*

Auch daran hat sich relativ wenig geändert, wenn man die – unter Berücksichtigung des juristischen Interesses bisweilen verständliche, den Zusammenhang oft aber auch außer Acht lassende – Fokussierung auf die Ausforschung des Handlungsvollzuges der Tötung des Neugeborenen mit der besonderen Gewichtung rechtsmedizinischer Befunde bedenkt.

M. Lorenz macht darauf aufmerksam, dass insbesondere von Kindsmordverdächtigen durchweg leichte Geburten beschrieben worden sind.

> *„Keine der Frauen beschrieb eine von ihr selbst als lebensgefährlich empfundene Geburt. Fast alle berichteten hingegen von Sturzgeburten – das Kind sei von ihnen ‚geschossen', dabei sei die Nabelschnur gerissen, so daß das Neugeborene mit dem Kopf aufgeprallt sei. Zu Sturzgeburten konnte es besonders dann kommen, wenn das Kind schnell nach dem Fruchtwasser kam. Die Geburt scheint häufig als alptraumartiger ‚Betriebsunfall' oder Störung während der Arbeitszeit oder Nachtruhe empfunden worden zu sein. Dies erscheint mehr als plausibel, wenn ein Kind nicht als Gottesgeschenk, sondern als Ruin der Lebensplanung empfunden wurde. Die Erzählungen der Ledigen zeigen, wie sie, offenbar ohne einen Gedanken an tödliche Komplikationen zu verschenken, ganz allein mit einer Situation fertig wurden, die sie häufig noch nie zuvor erlebt hatten. Keine Frau, die tagsüber entband, war länger als eine Stunde verschwunden. Die Wehen wurden anfangs oft als Koliken betrachtet oder solange wie möglich unterdrückt. Erst wenn das Fruchtwasser abging, suchten sie sich ein stilles*

Plätzchen. Häufig verlief alles so schnell, daß Dienstherrschaft oder Eltern die während der Arbeitszeit erfolgte Geburt erst später bemerkten. Wer nachts gebar, hatte mehr Zeit für die Nachsorge. Das (Nicht-)Abbinden der Nabelschnur war ständig Thema der gerichtlichen Untersuchung, da ein Verbluten des Neugeborenen sonst als wahrscheinlich galt. Erstgebärende behaupteten stets, sie hätten davon nichts gewußt. (…) Viele beriefen sich auf außerordentliche Verwirrung oder gar zeitweilige Bewußtlosigkeit vor Erschöpfung. (…) Die vielfach emotionslosen Beschreibungen des Tötungsvorganges lassen kaum auf ein obrigkeitlichen Normen entsprechendes Unrechtsbewusstsein oder gar auf Gewissensbisse schließen, obgleich Respekt vor der ‚Würde des Todes' in manchen Beschreibungen anklingt und einige Frauen gar versuchten, dem Kind ein Grab zukommen zu lassen" (ebenda, 115 ff.).

Schließlich ist an dritter Stelle eine seit jeher gegeben gewesene *selektive Ausrichtung der Wahrnehmung auf die ledige* Frau von Interesse:

„Im Zentrum der Aufmerksamkeit stand bei Schwangerschaftsverdacht zunächst das ‚Geblüth'. Frauen, Familie, Dienstherrschaft, Nachbarschaft, Hebammen, und Ärzte beschäftigten sich mit der Menstruation einer Frau, sei es, weil Nachwuchs in einer Ehe erwartet wurde, sei es, dass Folgen eines Ehebruchs oder einer nichtehelichen Beziehung befürchtet wurden, und nicht zuletzt gab es auch Ehen, in denen weitere Kinder nicht mehr willkommen waren. Innereheliche Aktivitäten gegen unerwünschte Schwangerschaften drangen nur selten an die Öffentlichkeit. So verdächtig heftige Blutstürze bei ledigen Frauen waren, so unverdächtig waren sie bei Ehefrauen. Gleiches galt für die Beschaffung und Anwendung von Brech- und Abführmitteln, die sowohl als Abortivum als auch als Menstruationsregulativum eingesetzt wurden. Auch Aderlässe fanden sowohl zur Blutreinigung und gegen ‚Vollblütigkeit' Verwendung. Sie wurden ledigen Frauen durchweg als Abtreibungsversuch ausgelegt, verheirateten Schwangeren jedoch gegen Beschwerden empfohlen" (ebenda, 109).

„Geburtswahrnehmungen sind fast nur von ledigen Frauen überliefert, die wegen des Verdachts auf prä- oder postnatale Manipulationen an ihrer Leibesfrucht in die Mühlen der Justiz geraten waren. Ihrem Umgang mit dem unwillkommenen Neugeborenen gilt deshalb besondere Aufmerksamkeit." (ebenda, 102).

„Detaillierte Geburtsbeschreibungen aus der Sicht der Betroffenen sind in den medizinischen Quellen fast nur von Kindesmörderinnen überliefert und zeigen das Gebären ausschließlich als widerwillig erlebten einsamen Akt. Entsprechend wurde mit den unwillkommenen, tatsächlich oft überraschend geborenen Kindern umgegangen. Die Palette reichte vom Ignorieren und Sterben-Lassen bis zu brutalen Tötungen, abhängig davon, wie bewusst das Neugeborene als Gefährdung des eigenen Lebensweges wahrgenommen wurde" (ebenda, 121).

Das bedeutet, dass schon weit vor der Schaffung des § 217 StGB immer nur die uneheliche Schwangerschaft und Geburt im Zentrum des forensischen Interesses gestanden haben. Das wird keine Verwunderung erregen, wenn man bedenkt, dass in der Zeit, in der die Ehe das ebenso heilige wie natürli-

che Fundament der Gesellschaft war, die Ehre nicht nur als „Ehrenrose" nach der Hochzeitsnacht öffentlich zur Schau gestellt wurde, sondern auch einen das Zusammenleben bestimmenden ökonomischen Wert besaß. Eine Beleidigung – und sei es nur durch vage Gerüchte – insbesondere der Tugend eines Mädchens, des Leumunds einer Frau, des Rufs einer Gattin konnte zum wirtschaftlichen Ruin der Familie führen, sodass folglich alles getan werden musste, die Ehre, von der das Brot abhängt, zu retten oder wiederherzustellen (Farge 2000). Aus dieser weit über die Aufklärung zurückreichenden moralischen Determination des Alltagslebens kommt die Rede vom „Ehrennotstand", der in dieser Gestalt auch heute noch begegnet (*Fall 2*).

5.4.3 Zur Geschichte der Norm

Zwar ist es eine verbreitete Auffassung und vielleicht auch ein Erfahrungssatz, dass neue Anschauungen nur langsam zum Durchbruch gelangen und sich beispielsweise in Kodifikationen verwirklichen, doch muss man zugestehen, dass der Zeitraum zwischen der kritischen Thematisierung des Kindsmordes, verbunden mit dem Kampf gegen die Todesstrafe, seit der Mitte des 18. Jahrhunderts bis zur Änderung von Gesetzestexten vergleichsweise kurz gewesen ist.

Karl Ludwig Wilhelm von Grolman (1775–1829) war Rechtsgelehrter, Staatsmann und Verfasser von beachtlichen *„Grundsätzen der Criminalrechtswissenschaft"* (1798, Faksimile 1970). Das Werk war eines der grundlegenden Werke der speziellen Präventionslehre, in dem auch der Kindesmord behandelt wurde, und zwar in bedeutsamer Weise, wenn man die Auswirkungen in Form der nachfolgenden Gesetzesänderungen bedenkt. Er verknüpfte die Tötung des neugeborenen, unehelichen und lebensfähigen Kindes mit der Verheimlichung von Schwangerschaft und Geburt als einem Tatbestandsmerkmal über das von Leyser beschriebene Motiv, denn nur über das *Motiv der Rettung der Ehre* könne eine Privilegierung gerechtfertigt werden (1970, §§ 435–440, 272ff.). In diesem Punkte bestand auch Einigkeit zwischen Grolman und dessen strafrechtstheoretischen Kontrahenten Paul Johann Anselm Ritter von Feuerbach (1775–1833), der die Problematik in seinem Lehrbuch ausführte (1801, 14. Aufl. 1847 Faksimile 1986, §§ 236–240a, 391ff.).

Es ist auf die Entwicklung der medizinischen Wissenschaften im 19. Jahrhundert zurückzuführen, wenn zum „Ehrennotstand" ein weiterer Privilegierungsgrund hinzugetreten ist, der vorübergehend mindestens ebensoviel, wenn nicht sogar mehr Aufmerksamkeit beanspruchte. Nach dem Tode Feuerbachs wurde dessen Lehrbuch von der 12. bis zur 14. Auflage von Karl Joseph Anton Mittermaier (1787–1867), zuletzt Professor der Rechte in Heidelberg, weitergeführt. Da Mittermaier im Ausland als der bedeutendste deutsche Rechtsgelehrte seiner Zeit und als lebende Bibliothek der Rechtsvergleichung galt, ist die 14. Auflage des Feuerbachschen Lehrbuches mit den Ergänzungen und Noten des Herausgebers besonders hoch zu schätzen. Ergänzend zur Position von Grolman und Feuerbach wurde unter Bezugnahme auf medizinische Publika-

tionen zum einen auf die wichtig gewordene Erfahrung hingewiesen, dass „schon überhaupt der physische Zustand der Gebärenden und die nach der Geburt noch einige Zeit nach derselben fortdauernde krankhafte Veränderung im Körper auf die Zurechnung wirkt und die mildere Strafe des Kindermordes rechtfertigt." Zum anderen wurde auf pathologische Verfassungen in Form von „unverschuldet" eingetretener „Ermattung und Ohnmacht" sowie „Geisteszerrüttung" als „wahrer Wahnsinn" oder „vorübergehende Wuth" mit der Folge aufmerksam gemacht, „dass der Gebärenden die Vernachlässigung mancher Handlungen nicht zugerechnet werden kann" (ebenda, § 240 a, 403).

Insbesondere mit dem Verweis auf die *Physiologie und Pathologie des Geburtsaktes* war neben dem Hinweis auf den Ehrennotstand eine weitere Argumentationslinie eröffnet worden, die, indem sie sich durchsetzte, eine moralisch wertfreie Privilegierung der „Kindsmörderin" zuließ, während die nicht so ganz wertfrei zu beurteilende Schwangerschaftsverheimlichung als Tatbestandsmerkmal nach und nach aus der Diskussion ausgeblendet wurde bzw. nur als Hinweis auf den befürchteten Ehrennotstand erhalten blieb. Mit „Ehrennotstand" (Leyser), „Schwangerschaftsverheimlichung" (Grolman/Feuerbach) und „Erregung der Mutter unter der Geburt" (Feuerbach/Mittermaier) bis hin zu pathologischen Ausprägungen waren die drei Themen vorgezeichnet, um die es im Rahmen der Erörterung von Privilegierungsgründen und Dekulpierungsgründen während der letzten 150–200 Jahre gehen sollte. Soweit es um die Tat selbst ging, sollte es nach Grolman keinen Unterschied machen, ob die Tat durch aktives Tun oder Unterlassen zustande gekommen sei, wenn sie nur zugerechnet werden könne.

Die *Abschaffung der Todesstrafe* bei Kindstötung ist nicht darauf zurückzuführen, dass sich die „weitgehend deterministische Lehre vom ‚psychologischen Zwang' (v. Feuerbach 1801)" (Wille und Beier 1994, 76) durchgesetzt hat, sondern Folge einer epochalen Umwälzung der westlichen europäischen Gesellschaftsstruktur. Diese war dadurch gekennzeichnet, dass die Menschen ein bis dahin noch nie da gewesenes Wissen über sich selbst gewonnen hatten und man im Zuge dessen den in der privaten Sphäre der Gesellschaft wirkenden moralischen und ökonomischen Beziehungsgeflechten mit einer Anpassung des Strafrechts Rechnung zu tragen begann. Den im 19. Jahrhundert folgenden Strafrechtsreformen ist bereits im 18. Jahrhundert eine praktische Rechtsprechung vorangegangen, über die der Göttinger Jurist Georg Jacob Friedrich Meister (1755–1832), mit dessen „*Practischen Bemerkungen aus dem Criminal- und Civilrechte*" die gemeinrechtliche Epoche der deutschen Strafrechtswissenschaft einen Abschluss findet, wie folgt berichtet:

> *„Solange nun aber die Richter noch in dem Fall sind, nach der bis jetzt bestehenden allgemeinen Vorschrift der Todesstrafe sprechen zu muessen, ist es ihnen wahrlich nicht zu verdenken, wenn sie ein jedes nur irgend haltbares Zufluchtsmittel dawider zu ergreifen bemueht sind. Daher entstehen die haeufigen Antraege der Gerichte auf Begnadigung beym Landesherrn. Eben daher ruehren die mit der Strenge und Allgemeinheit des Gesetzes in auffallenden Contrast stehenden milden Erkenntnisse der neueren Zeiten*

in Kindermordsfaellen; wozu dann die strenge Beurtheilung des Beweises des corpus delicti; die Ruecksicht auf die oftmalige Betaeubung im Augenblicke der Geburt; die Abgeneigtheit vom Gebrauch der Tortur, besonders, wenn dadurch nicht abgeleugnete Thathandlungen, sondern bloß die gehabte Absicht zu toedten heraus gebraucht werden soll, und die Bereitwilligkeit, den Fall als Fahrlässigkeitsverbrechen anzusehen; imgleichen auch die Geneigtheit des Richters, denen zur Entschuldigung gereichenden Angaben der Inquisitinnen Glauben beyzumessen, gar vieles mit beytragen" (1795, 135).

Unbestritten bleibt damit, dass Feuerbach als ein bedeutsamer Träger der sich vor diesem Hintergrund entwickelnden Reformen die Gestalt des Bayerischen StGB von 1813 bestimmt hat und mit der Lehre vom „psychologischen Zwang" (1801, 14. Aufl. 1847 Faksimile 1986, §§ 8–20b, 36ff.) einen wichtigen Beitrag zur Präventionslehre geleistet hat, doch ist das ein anderes Thema als die Abschaffung der Todesstrafe für das Delikt des Kindesmordes.

Der Durchbruch in Richtung der Abschaffung der Todesstrafe für Kindsmord gelang mit der Schaffung des neuen Strafgesetzbuches in Österreich im Jahre 1803, in dem die Kindestötung erstmals als ein selbständiges und privilegiertes Verbrechen behandelt wurde. Es geht über die allermeisten der nachfolgenden Gesetze hinaus, wenn die Privilegierung nicht nur der Frau zugute kam, die ein unehelich geborenes Kind getötet hatte, sondern auch auf den Fall der Tötung eines ehelich geborenen Kindes ausgedehnt wurde, allerdings in einem geringeren Maße. Von Interesse ist weiterhin, dass hinsichtlich des Strafmaßes ein Unterschied gemacht wurde, ob die Tat durch aktives Tun oder durch Unterlassen begangen worden ist. Eine solche Differenzierung findet sich später nur im hessischen StGB von 1841. Das bayerische Strafgesetzbuch (1813) war das erste StGB, mit dem die Todesstrafe für den Kindesmord auf deutschem Territorium abgeschafft wurde. Allerdings enthielten allein das bayerische und das nach diesem Vorbild gebildete oldenburgische StGB von 1814 bis zu späteren Fassungen noch die Bestimmung, dass bei wiederholter Kindstötung auf die Todesstrafe zu erkennen sei. Aus Gründen der Übersicht sollen die wesentlichen und die Bestimmungen über die Kindstötung einiger – die deutschen Partikulargesetze vor 1871 kennzeichnenden – Inhalte (nach Feuerbach 1847, Wallach 1932, Handke 1937, Blanke 1966) tabellarisch dargestellt werden (s. Tab. 5).

Es ist von Interesse, dass vor dem Hintergrund dieser Entwicklung der Interessierte sich bereits in Pierer's Universal-Lexikon – dem ersten Lexikon mit einem systematischen Verweissystem und Markstein lexikographischer Kunst noch vor Meyer und Brockhaus – umfassend zu diesem Thema sowohl über die grundsätzlichen und übereinstimmenden als auch über die differenzierenden Regelungen der neuen Gesetzgebung informieren konnte (Pierer 1860, Bd. 9, 491ff.).

Es wurde darauf hingewiesen, dass v. Leyser als der Vater des Privilegierungsgedankens gilt und im 18. Jahrhundert durch poetische Werke ebenso wie durch sozialkritische Streitschriften und die praktische Rechtsausübung

Tab. 5 Die Kriterien für die Beurteilung der Kindstötung in einigen deutschen Partikulargesetzen vor 1871

	Tötung des unehelichen, ehelichen, neugeborenen und lebensfähigen Kindes				Strafverschärfend wurde gewertet:			Strafmildernd wurde gewertet:	
	unehelich	ehelich	neugeb.	lebensf.	„Hure“	Vorstrafe	ehelich	nicht lebensfähig	Entschluss unter der Geburt
Bayern, 1813/1861	+/+	–/+ (!)	< 3 T./–	+/–	+/–	+/–	–/–	–/–	–/–
Oldenburg, 1814	+	–	< 3 Tage	+	+	+	–	–	–
Sachsen, 1838	+	–	< 24 Std.	–	–	–	–	+	+
Württemberg, 1839	+	–	< 24 Std.	–	–	–	–	+	–
Braunschweig, 1840	+	+(!)	ca. 24 Std.	–	–	–	+	+	–
Hannover, 1840	+	–	–	–	+	+	–	+	–
Hessen, 1841	+	–	–	–	+	–	–	+	+
Nassau, 1849	+	–	–	–	+	–	–	+	+
Baden, 1845	+	–	< 24 Std.	–	–	–	–	+	–
Preußen, 1851	+	–	–	–	–	–	–	–	–

eine täterbezogene Sichtweise gefördert wurde, die sich auf die seelische Notlage der (verführten) ledigen Mutter richtete. Daraus resultierte, dass die *Erörterung von Strafmilderungsgründen* mit dem Verweis auf das begann, was unter dem Begriff des „Ehrennotstandes“ zusammengefasst wurde. Diese Privilegierung der ledigen Mutter bedeutete aber nicht nur die Ausgrenzung der verheirateten Mutter, sondern auch eine moralisierende Sichtweise, indem die Prostituierte und die wegen Verheimlichung einer Schwangerschaft oder Geburt vorbestrafte Frau von der Privilegierung ausgenommen wurden. Es ist für das Verständnis der Problematik wichtig zu wissen, dass sich die Diskussion im 19. Jahrhundert von der sozialkritisch-moralischen Ebene über eine physiologische Ebene schließlich auf die pathologische Ebene verlagerte, was in einen Zusammenhang mit der sich etablierenden Rolle naturwissenschaftlichen Denkens in der Medizin und schließlich auch in foro gebracht werden muss. In dem Maße, wie auf der physiologischen Ebene Erörterungen über die Natur des weiblichen Organismus und die psychischen Begleiterscheinungen

des Geburtsaktes an sich zu Strafmilderungsgründen wurden und schließlich mit dem Geburtsakt ein psychischer Zustand mit der Folge verminderter Zurechnungsfähigkeit präsumiert wurde, wäre es begründbar gewesen, der Frau von zweifelhaftem Rufe und der Ehefrau die Strafmilderung ebenso zuteil werden zu lassen wie der ledigen Mutter. Obwohl im preußischen StGB (1851), im bayerischen StGB (1861) und dann auch im RStGB (1871) gleichermaßen die Milderung der Strafe mit dem anormalen Erregungszustand der Mutter bei der Geburt und dem zeitlichen Zusammenhang zwischen Geburt und Tötung des Kindes begründet wurde, wurde nur im bayerischen StGB der Schritt in Richtung der Privilegierung aller Frauen ohne Ansehen des Familienstandes und der Stellung gegangen. Es heißt in Art. 231: „Eine Mutter, welche in der Absicht, ihr Kind zu tödten, rechtswidrig den Tod deselben während oder gleich nach der Geburt verursacht, ist mit Zuchthaus bis zu zwanzig Jahren zu bestrafen."

Dem bayerischen StGB kommt also nicht nur bezüglich der Abschaffung der Todesstrafe für Kindesmord in der Fassung von 1813 eine wegweisende Rolle zu, sondern auch bezüglich der *unterschiedslosen Privilegierung*. Im österreichischen StGB von 1803 und braunschweigischen StGB von 1840 wurde der ehelichen Mutter eine härtere Strafe zugedacht – der ehelichen und der unehelichen Mutter für den Falle einer Kindstötung in der Fassung von 1861, in der auch der Begriff des Kindesmordes verlassen wurde. Wenn das RStGB von 1871 in diesem Punkte an das bayerische StGB von 1861 hätte anknüpfen können, dann wäre für eine sachliche Diskussion und sachgerechte Bewertung der Problematik im 20. Jahrhundert ein guter Ausgangspunkt gegeben gewesen und viel gewonnen worden. Es wurde aber das preußische StGB von 1851 zum Leitfaden für das StGB des Norddeutschen Bundes und schließlich auch für das RStGB vom 15. Mai 1871. Das preußische StGB formuliert in Art. 180 den folgenden Tatbestand. „Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tötet, wird wegen Kindesmord mit Zuchthaus von 5 bis 10 Jahren bestraft."

Über die Orientierung am preußischen StGB wurde der dortige Art. 180 zum § 217 RStGB in der eingangs zitierten Fassung, in dem aber nun von Kindstötung gesprochen wurde. Da das RStGB vom 15. Mai 1871 nur Strafmilderungsgründe, aber keine verminderte Zurechnungsfähigkeit kannte, war man der Aufgabe enthoben, Überlegungen hinsichtlich der Abgrenzung der Privilegierungs- von den Dekulpierungsgründen anzustellen. Da zugleich allein vom „unehelichen Kind" gesprochen wurde, waren die entscheidenden Voraussetzungen erfüllt, um in der Diskussion sukzessive auf die moralisierende Ebene mit Ehrennotstand, Armut und Verlassenheit zurückkehren zu können, zumal die Rede vom krankhaften Erregungszustand unter der Geburt bei Berücksichtigung inzwischen gewonnener medizinischer Erkenntnisse eine schwer zu fassende begriffliche Formel blieb. Schließlich lief es darauf hinaus, eine Wechselbeziehung zu erörtern. Repräsentativ ist die Auffassung Aschaffenburgs:

„Neben den Fieberdelirien hatte das Gutachten der Königl. wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen den ‚Zustand der Gebärenden' als einen solchen bezeichnet, der in den Bestimmungen des § 51 mitberücksichtigt werden müsste. Psychologisch lässt sich allerdings wohl der Fall konstruieren, dass bei der Tötung eines unehelichen Kindes in oder gleich nach der Geburt (§ 217.1) der Geisteszustand der Gebärenden ein abnormer sein kann. Körperliche Schwäche, Blutverlust und Schmerzen, das Gefühl der Verlassenheit, Sorge um die Zukunft, Zerwürfnisse mit der Familie, Furcht vor der Schande, alle diese Eindrücke können sehr wohl in ihrem Zusammentreffen so übermächtige Motive werden, dass es zur Tötung des Kindes kommt. Insofern hat unser Gesetz mit guten Gründen die Strafe anders bemessen als bei Mord. Ob aber thatsächlich der Gemütszustand der Gebärenden – natürlich vorausgesetzt, dass keine sonstige psychische Störung vorliegt – gelegentlich ein so abnormer sein kann, dass wir den § 51 zur Anwendung bringen können, ist nicht sicher" (Aschaffenburg 1901, 29).

Die Ausführungen Aschaffenburgs, die in der dritten Auflage des Handbuchs zum Thema gemacht worden sind, stimmen grundsätzlich mit denen aus dem Jahre 1901 überein, doch lässt sich eine bemerkenswerte Ergänzung finden:

„(…) alle diese Eindrücke können sehr wohl in ihrem Zusammentreffen so übermächtig werden, daß es zur Tötung eines Kindes kommt; ich möchte den Gründen noch den Zustand der Ratlosigkeit hinzufügen, der in einigen von mir untersuchten Fällen so unverkennbar hervortrat, daß ich in ihm die Hauptursache sehen möchte" (Aschaffenburg 1934, 19).

Damit ist zwar schon Anschluss an die nachfolgenden Fallvorstellungen gewonnen, doch sollen erst die Ausführungen zur Geschichte der Norm abgeschlossen werden.

Zur kriminalpolitischen Grundkonzeption des StGB von 1871 gehört der Gedanke der Wiederherstellung der Gerechtigkeit durch Vergeltung. Gegen die konservativ-klassische Strafrechtsschule richteten sich die den Vergeltungsgedanken des Strafrechts im Sinne einer spezialpräventiven Theorie übersteigenden Auffassungen, dass es mit Blick auf Straftäter um Individualisierung hinsichtlich der Bewertung des Bedingungsgefüges der Tat und Zweckorientierung im Rahmen differenzierter Bestrafung gehen müsse (v. Liszt 1905). Entsprechende Überlegungen in den Reformbemühungen seit 1871 zielten immer wieder auch auf eine Abänderung des § 217 StGB. Da eine faktische Änderung nicht erreicht werden konnte, kann darauf verzichtet werden, die Entwürfe hier zu referieren. Anzumerken ist lediglich, dass die Diskussion zwei Themenbereiche berührte: den speziellen Grund für die mildere Beurteilung zum einen und die Ausdehnung der Privilegierung auf die eheliche Mutter zum anderen. Mit dem Fortbestand des § 217 StGB wurde der Bundesregierung im Jahre 1997 die Möglichkeit gegeben, etwas als unzeitgemäß zu erkennen, was bereits 1861 als unzeitgemäß erkannt worden ist, damals aber insofern einer sinnfälligen Regelung zugeführt wurde, als man mit der Tötung des Kindes unter der Geburt einen Sondertatbestand gelten ließ – und zwar für jede Frau.

5.5 „Verdrängung“ oder „Verheimlichung“

Es wurde in dieser Arbeit hinsichtlich der Tat von Kindstötung unter der Geburt, in der Literatur auch als Neonatizid bezeichnet, gesprochen und der Blick auf die Fälle gelenkt, in denen eine solche Tat eine bis in das Motivationsgefüge hineinreichende abgewehrte Schwangerschaft zum Hintergrund hat, wobei das Adjektiv „abgewehrt“ ebenso wertneutral wie unreflektiert gebraucht worden ist.

Nachdem die Diskussion über die Privilegierungsgründe 150 Jahre zwischen der Beschreibung von Ehrennotstand und Erregungszuständen unter der Geburt oszillierte, kam über die systematische Beschäftigung mit dem Problem in den letzten 50 Jahren ein alter Aspekt im neuen Gewand hinzu, nämlich die Einbeziehung des Verlaufes und des Erlebens der Schwangerschaft. Damit wurde auf die Wahrnehmung eines Gesamtzusammenhanges orientiert, dessen Stellenwert M. Lorenz in der oben referierten Studie mit Blick auf die Konsequenzen der Kindstötung verdeutlicht hat. Ein Blick in die Literatur der letzten ca. 50 Jahre lässt erkennen, dass uneinheitlich von *verheimlichter, verkannter, verdrängter, abgedrängter, negierter, verleugneter, ungewünschter Schwangerschaft* geredet wurde, um bei näherer Betrachtung grundsätzlich eng nebeneinander liegende oder weitgehend deckungsgleiche Sachverhalte zu bezeichnen. Es wurde eine Dichotomie „verdrängt“ versus „verheimlicht“ favorisiert und es ist zu fragen, ob eine Binnendifferenzierung hinsichtlich der der Fremdwahrnehmung entgangenen Schwangerschaft Aussagen generieren kann, die von Bedeutung für die Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit der Beschuldigten oder Angeklagten sind.

In einer Arbeit über „verdrängte“ Schwangerschaft und Kindestötung gehen Wille und Beier (1994) davon aus, dass Joachim Gerchow (geb. 1921) in seiner Habilitationsschrift über die *„Bedeutung der reaktiven Abnormisierung für die Beurteilung von Kindesmörderinnen“* im Jahre 1954 als erster das Phänomen der „Schwangerschaftsverdrängung“ ausführlich beschrieben hat. Das kann man hinsichtlich der Qualität und der Ausführlichkeit der Beschreibung – die Arbeit ist ein erratischer Block im Schrifttum zum Thema –, akzeptieren, doch ist auf diese Problematik seit jeher hingewiesen worden.

Es wurde darüber berichtet, dass – noch ehe die Kindstötung zu einem in den Partikulargesetzen festgeschriebenen Sonderstraftatbestand wurde – durch Grolman und Feuerbach darauf orientiert wurde, *die Verheimlichung der Schwangerschaft* zu einem Tatbestandsmerkmal der Kindstötung unter der Geburt zu machen. Unabhängig davon waren und blieben die Verheimlichung von Schwangerschaft und Geburt Straftatbestände. Das weist doch auf die enge Verbindung hin, die zwischen Wahrnehmung und Umgang mit Schwangerschaft und Geburt einerseits sowie Kindstötung andererseits bestanden hat. Das Bewusstsein dafür ist in dem Maße verloren gegangen, wie es nach Gesetzesänderungen und Hinwendung zum Zustand unter der Geburt nicht mehr darauf ankam, nach diesem Zusammenhang zu fragen. Im preußischen StGB von 1851 taucht die Problematik der verheimlichten Schwangerschaft und Geburt nicht mehr auf, weder als Tatbestandsmerkmal für die Kindstötung, noch als selbständiges De-

likt. Wenn also einer wechselvollen Bewertung des Stellenwertes der Verheimlichung von Schwangerschaft und Geburt für die forensische Beurteilung der Kindtötung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts dann in der zweiten Hälfte die herrschende Meinung folgte, dass es für den Richterspruch irrelevant sei, ob Schwangerschaft und Geburt verheimlicht worden seien oder nicht, dann ändert das nichts daran, dass das Phänomen der Verheimlichung bereits bekannt war, noch ehe der Begriff der Verdrängung von der Psychoanalyse aus der Physik entliehen wurde, um einen Abwehrmechanismus zu kennzeichnen.

Die Arbeit des königlichen Universitätsprofessors und Münchener Stadtgerichtsarztes Hofmann *„Zur Lehre von der Verheimlichung der Schwangerschaft und Geburt und von der Kindestödtung“* (1853) stammt aus der Zeit des bayerischen StGB aus dem Jahre 1813 und beinhaltet sechs Fälle, die begutachtet und vor dem Schwurgerichtshofe von Oberbayern verhandelt worden sind. Elo (1939) hat über 400 *„Kasuistische Beiträge zur Frage der Privilegierungsgründe beim Kindesmord“* ausgewertet, um die Frage beantworten zu können, ob die legislativen Grundlagen der Privilegierung des Kindesmordes nicht nur in der juridischen Doktrin, sondern auch „im lebenden Leben“ vorhanden sind und ist zu der Auffassung gelangt, dass Ehrennotstand und die Wirkung des Geburtsaktes zwar eine gewisse Rolle spielen, als Grundlagen für die Privilegierung des in Frage stehenden Verbrechens aber nur von untergeordneter Bedeutung seien. Die wesentlichen Faktoren für die Entstehung des Kindesmordes wurden „in der Persönlichkeit der Verbrecherinnen“ gesehen und als „psychische Minderwertigkeit“ bezeichnet. Bei normalen Frauen seien Umweltfaktoren wahrscheinlich von relativ großer Bedeutung. Zwar wurde in den Beschreibungen der einzelnen Fälle nahezu ausnahmslos erwähnt, dass Schwangerschaft und Geburt verheimlicht und für den Fall der Ansprache durch andere Personen bestritten worden seien, doch wurde in der retrospektiven Analyse der Frage nach den Zusammenhängen zwischen Persönlichkeitsstruktur und der Verheimlichung der Schwangerschaft sowie der Phänomenologie der verheimlichten Schwangerschaft und der Kindstötung nicht nachgegangen. Tacke (1940) hat anhand von 23 Fällen über die *„Verkennung derSchwangerschaft und ihre gerichtsmedizinische Bedeutung“* berichtet und die für das Verkennen in den psychischen Auffälligkeiten der Frauen bzw. im Zusammentreffen außergewöhnlicher Umstände bei gesunden Frauen gesucht. Man muss also davon ausgehen, dass das, was später mit Rückgriff auf den Begriff der Verdrängung gegen Verheimlichung abzugrenzen versucht wurde, als Phänomen grundsätzlich schon immer vorhanden war, aber im Begriff der Verheimlichung aufgegangen ist, ohne Anlass weiteren Fragens zu sein.

Der *Begriff der Verdrängung* ist in der Psychoanalyse die allgemeine und umfassende Bezeichnung für einen Abwehrmechanismus des Ich, dessen Funktion darin gesehen wird, übermächtige Triebansprüche und damit verbundene Handlungen, Einstellungen, Erlebnisinhalte und Vorstellungen ohne Hinterlassen von Erinnerungen aus dem Bereich des bewussten Erlebens (Bewusstsein) – aufgrund der aus dem Funktionssystem des Über-Ich (Gewissen) stammenden Forderungen – in das Unbewusste zu verlagern, sodass sie nicht mehr

bewusst verfügbar sind. Nun handelt es sich bei der Schwangerschaft weder um ein Triebbedürfnis, noch löst sich das Problem im Sinne von Ersatzhandlungen oder Ersatzvorstellungen auf, die der zunehmenden funktionellen Dominanz des unbefriedigt gebliebenen Triebbedürfnisses geschuldet sind. Sicher kann man den Begriff der Verdrängung auch anders und weiter gefasst sowie außerhalb eines speziellen Bedeutungshofes wie demjenigen gebrauchen, den er z. B. der Physik bzw. der einen oder anderen psychoanalytischen Denkrichtung verdankt, doch verliert er dann ebenso an Dignität wie er Missverständnisse fördert. So wird dieser Begriff der Verdrängung in foro nicht selten zur randunscharfen Beschreibung des Umstandes, dass etwas, sei es ein Sachverhalt, ein Gedanke, ein Motiv, eine Erinnerung usw. der Erörterung entzogen werden soll. Um Missverständnisse zu vermeiden, haben Lange und Schumann (1971) im Ergebnis einer Analyse von 14 Fällen formuliert:

> *„Eindeutig konnte bei allen Frauen das psychologische Phänomen der Abdrängung der Gravidität, fälschlicherweise oft ‚Verdrängung' genannt, vom Zeitpunkt der Erkennung an bis zur Geburt beobachtet werden. Fast monoton war es zu beobachten, wie es auch Ponsold beschreibt: Die Kindesmütter drängen während der Gravidität innerlich alles ab, was damit zusammenhängt. (...) Die Mehrzahl der Frauen hatte keine Vorstellung von dem, was geschehen sollte. (...) Bei genauerer Analyse zeigte es sich, daß die Täterinnen in der wunschhaft-traumhaften Vorstellung lebten, irgendwie werde ein Wunder geschehen, irgendwie werde es nicht zur Geburt, nicht zu einem lebenden Kind kommen, und heimlich hatten auch alle irgendwie mit der Möglichkeit der Totgeburt oder des ‚großen Irrtums' gerechnet" (Lange und Schumann 1971, 15).*

In der Zusammenfassung wird auf die Studie von Gerchow Bezug genommen und davon gesprochen, dass sich vom Erleben der Schwangerschaft als Grenzsituation, d. h. von einem komplexen subjektiven psychischen Notstand her, die fixierte Abwehrhaltung, die autosuggestive Wunschhaltung, die Passivität und die Motivation mit der Folge der aktiven oder passiven Tötung des Kindes verstehen ließen.

Aus der Studie *„Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen"* von Gerchow (1957) lässt sich entnehmen, dass für den *Regelfall aller Kindestötungen* gelte, dass die Straftat motivisch nur verständlich gemacht werden könne, wenn man Schwangerschaft und Geburt als einen psychologisch und biologisch einheitlichen Komplex bewerte. Ursächlich für den Tod des Kindes unter bzw. gleich nach der Geburt werde im Allgemeinen eine schon zu Beginn der Gravidität einsetzende *reaktive Abnormisierung, deren komplexe Symptomatik als „Verdrängung der Schwangerschaft" imponiere.* Diese Schwangerschaftsverdrängung sei Ausdruck eines Versagens in der durch Ratlosigkeit – man wird erinnert an Aschaffenburg, der 1934 auf diesen „Zustand der Ratlosigkeit" als Hauptursache hingewiesen hat – gekennzeichneten „Grenzsituation" und letzten Endes eine zweckintendierte abnorme Erlebnisreaktion, gleichsam eine Erlebnisabwehr bei (jungen) unreifen Menschen, die in einer soziologischen Belastungssituation versagen und den Anforderungen nicht genügen können. Dies wurde auf dem damaligen

Kenntnisstand näher illustriert. Das steht in einer Beziehung zur Geschichte dieser Problematik und zu den bis in die Gegenwart gemachten Beobachtungen. Von Interesse ist diese Studie von Gerchow auch deshalb, weil dargelegt werden konnte, dass das Fehlen typischer Schwangerschaftszeichen in der Regel nicht als Schutzbehauptung gewertet werden konnte, sondern als Ausdruck und Folge der „Verdrängung" habe verstanden werden müssen. Zwar musste die Möglichkeit einer echten Verkennung der Schwangerschaft abgelehnt werden, doch sei zu akzeptieren gewesen, dass die Verdrängungsmechanismen zum Fehlen von Schwangerschaftszeichen in einem gewissen Umfang führen können. Über die in diesem Zusammenhang interessierende Frage nach dem Fehlen der sichtbaren Zunahme des Leibesumfangs führte Gerchow aus:

> *„Die wohl eigenartigste Feststellung unter den Folgen der Verdrängung ist darin zu erblicken, daß wiederum fast alle Probanden nicht die Körperformen einer Schwangeren aufgewiesen haben, wodurch die Verheimlichung der Gravidität fast ausnahmslos gewährleistet wurde. (...) Weil wir bestrebt sind, alles Spekulative zu vermeiden, müssen wir für dieses Phänomen eine ausreichend wahrscheinliche Erklärung schuldig bleiben, wenn es auch verlockend – und vielleicht sogar richtig – ist, hierin die Determinierung bzw. den finalen Faktor enger psychosomatischer Wechselwirkungen zu erblicken, die ja auch sonst die eigenartigsten und unglaublichsten Erscheinungsformen bewirken können" (Gerchow 1957, 79f.).*

Mit Blick auf die *Motivlage unter der Geburt* wurde von Gerchow zusammengefasst, dass diese ebenso wie die Schwangerschaft durch die Verdrängungssituation gekennzeichnet werde.

> *„Die aktive oder passive Kindestötung ist deshalb in der Regel die Folge einer seit Monaten bestehenden reaktiv fixierten Abwehrhaltung, die durch einen komplexen seelischen Notstand ausgelöst worden ist" (ebenda, 114).*

Zwar wurde 1957 noch die privilegierte Sonderstellung unehelicher Mütter gerechtfertigt, doch wurde zugleich damals schon ausgeführt, dass auch bei ehelichen Müttern die gleichen psychisch und biologisch erklärbaren Reaktionen ursächlich für eine Kindestötung werden können. Unter diesem Vorzeichen empfahl Gerchow aus medizinischer Sicht eine *Ausdehnung des Sondertatbestands des § 217 StGB auch auf eheliche Mütter*, die unter den gleichen Bedingungen wie uneheliche Mütter straffällig werden.

Die Untersuchung von Gerchow schließt mit dem zusammenfassenden Satz:

> *„Die Untersuchungen haben außerdem den Beweis erbracht, daß die Kindestötung geradezu eine Sonderinkrimination unreifer, infantiler Menschen darstellt. Körperliche und psychische Reifungsrückstände und daraus resultierende Spannungen und Disharmonien im Rahmen der Gesamtpersönlichkeit sind wesentlich ursächlich für die beschriebene reaktive Abnormisierung, die wiederum entscheidende tatmotivische Bedeutung hat" (ebenda 114).*

Es wird deutlich, dass Gerchow den *Begriff der Verdrängung* nicht im Sinne der Psychoanalyse gebraucht, sondern, um apostrophiert im eher umfassenden Sinne zu beschreiben, dass etwas – nämlich die durchaus erkannte, zumindest erahnte Schwangerschaft, denn eine echte Verkennung wird abgelehnt – abgewehrt, weggeschoben, weggedrängt, umgangen, ausgeblendet wird, weil eine Frau aufgrund von Reifungsdefiziten und psychischen Besonderheiten über die Schwangerschaft in einer bestimmten Lebenssituation in eine Grenzsituation gerät, in der „gerade die Ratlosigkeit" zum „spezifischen Merkmal" all der Frauen wird, „die der Konzeption und Gravidität negativistisch gegenüberstehen" (ebenda 63).

> *„Die ‚Verdrängung' im Freud'schen Sinne ist hier nicht eigentlich gemeint, sondern vielmehr ein faßbarer psychologischer Vorgang, dessen Ursachenketten und Wirkungen allerdings nicht nur vom Psychischen her erklärt und verstanden werden können" (ebenda, 65f.).*

Es wird über Freud hinaus zurück auf lebensphilosophisches Gedankengut zugegriffen und es werden Erkenntnisse der klassischen Psychopathologie ebenso wie der anthropologisch orientierten Psychiatrie und schließlich der Psychologie, aber auch der Biologie eingearbeitet, um zu illustrieren, dass

> *„die Wirklichkeit eine Unzahl von Nuancen, Übergängen und Mischungen mit allen Reaktionsstufen bis zur Simulation zeigt. Ebenso wie es gelegentlich ganz plumpe Verheimlichungen einer Gravidität mit geschicktem Schnüren, Vorzeigen blutiger Wäsche zur Zeit der fraglichen Menstruation gibt (...), so kommen alle Übergänge der ‚Verdrängung nach innen' und ‚Verstellungen nach außen' (Kretschmer) nahe beieinander in innigem Funktionszusammenhang vor" (ebenda, 67).*

Das bedeutet, dass hier Verdrängung für etwas steht, was auch neutraler mit Abwehr bezeichnet werden könnte. Nicht erkennen lässt sich, dass man eine Trennlinie zwischen Verdrängung und Verheimlichung ziehen könnte.

Sich in die Tradition der Untersuchung von Gerchow stellend, haben Wille und Beier (1994) den Begriff der „Verdrängung" allerdings sehr viel enger gefasst und ohne Not einen Kontrast zur „Verheimlichung" herzustellen versucht. Anfangs wird unter Bezugnahme auf ein Fallbeispiel noch gefragt, ob es auf die Frage nach den eingesetzten Abwehrmechanismen, „also Verdrängung oder Verheimlichung", vielleicht gar nicht so ankomme, weil eine „ambivalente Passivität" alles über die Geburt hinaus in der Schwebe halte und es passend zu diesem ambivalenten „Nein" sinnvoller sei, übergreifend von der „negierten" Schwangerschaft zu sprechen (ebenda, 79), wie das im angloamerikanischen Sprachraum mit „denial of pregnancy" üblich sei, doch wird dieser Gedanke dann erst einmal zugunsten einer Trennung der „verdrängten" von der „verheimlichten" Schwangerschaft aufgegeben, um später wieder zu dieser Ausgangsposition zurückzukehren, ohne allerdings die „Kriteriologie" der „verdrängten" Schwangerschaft zu revidieren. Ein Vergleich der empirischen Studien, die nach der Arbeit von Gerchow vorgelegt worden sind, habe, soweit es um Verdrängung und Verheimlichung ging, nicht

weiterführen können, weil erkennbar war, dass diese Begriffe nicht konsensuell gebraucht worden sind und jeder Verfasser seine eigene Terminologie favorisiert habe. Ungeachtet dessen darf man annehmen, dass inhaltlich alles in die Richtung zeigt, in die Gerchow mit seinem weit gefassten Verdrängungsbegriff gewiesen hat. Für die eigene Untersuchung wird von Wille und Beier (1994) mit acht Kriterien ein Verständnis von „Verdrängung“ an das empirische Material herangetragen, mit dem Verheimlichung ausgeklammert werden soll. Dies geschieht dadurch, dass an erster Stelle auf die „subjektive Gewissheit der Schwangeren, nicht schwanger zu sein“ und im Weiteren auf Umdeutung und Verkennung mit einem dadurch bestimmten Sozialverhalten gesetzt wird, womit nur ein Pol des Spektrums der Phänomenologie, die herkömmlich als „verdrängte“ Schwangerschaft bezeichnet wird, fixiert wird. Es wird an späterer Stelle darzulegen sein, dass dieser Versuch in doppelter Weise misslungen ist, weil mit diesen Kriterien zum einen etwas erfasst wird, das in der Region von Erkennen und Verkennen liegt, und zum anderen dann in dieser Region alles erfasst wird, das vom Irrtum bis zum Wahn reicht, ohne das eine vom anderen trennen zu können. An dieser Stelle sei nur angemerkt, dass der Versuch einer Begriffsbestimmung von „Verdrängung“ durch Wille und Beier (1994) viel eher als alles andere die beiden Hauptelemente der Definition der „Wahnideen“ durch Karl Jaspers (1883–1969) durchscheinen lässt. („Wahnideen nennt man in *vager* Weise alle verfälschten Urteile, die folgende *äußere* Merkmale in einem gewissen hohen – nicht scharf begrenzten – Maße haben: 1. Die *außergewöhnliche* Überzeugung, mit der an ihnen festgehalten wird, die unvergleichliche *subjektive Gewissheit*. 2. Die *Unbeeinflussbarkeit* durch Erfahrung und durch zwingende Schlüsse. 3. Die *Unmöglichkeit* des Inhalts“ (Jaspers 1946, 80). Schon aufgrund dieser sicher ungewollten, aber aus der psychopathologischen Wahrnehmungsperspektive unübersehbaren Orientierung am Wahnbegriff kann der Auffassung nicht zugestimmt werden, dass „diese Kriteriologie noch der objektivste Maßstab für die Klinik der ‚verdrängten‘ Schwangerschaft und eine sinnvolle methodische Vorgabe für die Forschung“ sei. Als zweiter Grund reizt zum Widerspruch, dass mit Blick auf alle Frauen, an die diese Kriterien nicht herangetragen werden können und die niemandem von ihrer Schwangerschaft berichtet haben, selbstredend von verheimlichter Schwangerschaft gesprochen wird, obwohl ausgeführt werden muss, dass sich die beiden Gruppen (42 Frauen mit verdrängter und 51 Frauen mit verheimlichter Schwangerschaft) ansonsten in keinem Punkte voneinander unterscheiden lassen. Es wird schließlich ohne Einschränkungen das von Gerchow hinsichtlich der Abwehrleistung beschriebene Kontinuum bestätigt und mit Blick auf ein tiefenpsychologisch orientiertes Erklärungsmodell wieder von der „negierten“ Schwangerschaft gesprochen. Im Zuge von Bemühungen um begriffliche Klarheit wird an späterer Stelle darauf einzugehen sein, dass für die Schuldfähigkeitsbeurteilung nicht die eher artifizielle Unterscheidung von verdrängter und verheimlichter Schwangerschaft von Bedeutung sein kann, wohl aber ein Verkennen der Schwangerschaft, nämlich das Verkennen, welches sich hinter dem „Verdrängen“ in der Begriffsbestimmung durch Wille und Beier verbirgt.

An dieser Arbeit von Wille und Beier (1994) haben sich Wessel et al. (1998) bei ihrer Fallvorstellung orientiert, soweit es um die „Kriteriologie" der Verdrängung geht. Sie gehen davon aus, dass der Terminus Schwangerschaftsverdrängung das Phänomen beschreibe, dass „eine bestehende Gravidität erst sehr spät" von der Schwangeren erkannt werde, gar nicht so selten „erst durch die Geburt" (ebenda, 1). Wenn dann aber unter Bezugnahme auf Richter (1990) von der verdrängten die verheimlichte Schwangerschaft wertend abgegrenzt wird und als „eine festgestellte und bewußt gewordene, aber einschließlich der Geburt mit allen Mitteln vor der Umgebung verborgene Gravidität" (ebenda, 5) gesehen wird, erhebt sich die Frage nach dem Zeitpunkt und der Dimension des Bewusstwerdens, die zugleich die Frage nach dem „sehr spät" und damit die Frage nach dem von Gerchow beschriebenen phänomenologischen Spektrum ist. Man kann aus dieser Arbeit von Wessel et al. (1998), wie auch schon aus der Arbeit von Wille und Beier (1994) gewinnen, dass es das Phänomen, für dass der Begriff der „verdrängten" Schwangerschaft reserviert werden soll, auch außerhalb forensischer Bezugssysteme gibt und nur in einem von zehn Fällen zur Tötung des Neugeborenen führen soll.

Auch Maneros (1998) greift – bei Orientierung an Gerchow (1957) und Wille und Beier (1994) sowie inspiriert durch die Kasuistik von Bauer (1997) und den Kommentar dazu von Wille (1997) – unter dem Begriff der „negierten" Schwangerschaft die Unterscheidung zwischen „verdrängter" und „verheimlichter" Schwangerschaft im Rahmen einer Fallvorstellung auf. Er merkt im Rahmen der Diskussion mit Recht an, dass „der Begriff ‚verdrängte' Schwangerschaft selbst (…) irreführend sein (kann)", da er Assoziationen mit tiefenpsychologischen Vorgängen für alle Formen ‚negierter' Schwangerschaft suggeriert, was falsch ist, hält aber unter Bezugnahme auf die „Kriteriologie" von Wille und Beier (1994) an diesem Begriff dann doch fest. Hinsichtlich der „verheimlichten" Schwangerschaft wird davon ausgegangen, dass

> *„irgendwann während des Schwangerschaftsverlaufes die Schwangere den neuen Zustand wahrnimmt, bzw. ihn ahnt. Im Falle der ‚Ahnung' unternimmt sie jedoch keine aktive Maßnahme zur Klärung ihres Zustandes, sie wehrt sich dagegen. Die Ahnung wird zum ‚Nicht-wahrhaben-Wollen'. Im Falle des Wahrnehmens der Schwangerschaft handelt es sich offensichtlich um ein bewußtes ‚Nicht-bekannt-machen-wollen'. Der Literatur sind Übergänge zwischen den verschiedenen Formen ‚negierter' und ‚verheimlichter' Schwangerschaft bekannt" (Maneros 1998, 177).*

Es schließen sich Betrachtungen über die Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit an, für die die Unterscheidung „zwischen den verschiedenen Formen ‚negierter' Schwangerschaft (…) für die Forensik, wenn es zur Kindstötung kommt, (…) von grundsätzlicher Bedeutung" sei (ebenda, 177f.), wobei an die Möglichkeit der Unterscheidung von „verdrängt", „verheimlicht" und „geahnt" bei nicht ausschließbaren Überlappungen die Hoffnung geknüpft wird, Informationen über den Grad der Bewusstheit und die Intentionalität des beurteilungsrelevanten Handlungsentwurf zu erhalten.

A. Rohde (2001, 2003) spricht davon, dass Neonatizide am ehesten von Frauen mit Reifungsdefiziten, mit unzureichend entwickelten Bewältigungsstrategien, mit einer Persönlichkeitsproblematik begangen werden und diese Persönlichkeitsproblematik dazu führe,

> *„dass die Frauen bei ungewünschter Schwangerschaft nicht in der Lage sind, die üblichen adäquaten Lösungswege zu gehen und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen (...). Grund für die Verheimlichung der Schwangerschaft ist beispielsweise Scham oder Angst vor der Familie oder der sozialen Umgebung – allerdings in einer als ‚pathologisch' anzusehenden Weise auf dem Boden der bereits skizzierten unreifen Persönlichkeit. Die Schwangerschaft wird nicht selten bis zum Ende ‚verleugnet', d. h. die betroffene Frau selbst ‚merkt nicht', dass sie schwanger ist und wird dann von der Geburt ‚überrascht'. Im Sinne einer Stress- und Panikreaktion kommt es dann möglicherweise zur Tötung des Neugeborenen oder auch Aussetzung direkt nach der Geburt" (Rohde 2001, 121).*

Hier ist nun die Rede davon, dass die Frau die ungewünschte Schwangerschaft vor sich selbst verleugnet und nach außen hin verheimlicht.

5.6 Die abgewehrte Schwangerschaft

Die mit Blick auf die *heterogene Begrifflichkeit* aufgeworfene Frage war, ob eine Binnendifferenzierung hinsichtlich der der Fremdwahrnehmung entgangenen Schwangerschaften Aussagen generieren kann, die von Bedeutung für die Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit der Beschuldigten oder Angeklagten sein können.

An *erster Stelle* ist anzumerken, dass alle Autoren die von ihnen favorisierten *Begriffe*, die geeignet sein sollen, das Phänomen angemessen zu bezeichnen, *entweder apostrophiert oder in Anführungszeichen* verwandt haben. Das ist auch dann, wenn es nicht ausdrücklich erwähnt wurde, als Hinweis darauf zu werten, dass jedes Verb nur cum grano salis als tauglich für den Zweck empfunden wurde, die Komplexität des Sachverhaltes in der gewünschten Weise zu veranschaulichen.

An *zweiter Stelle* ist darauf hinzuweisen, dass der *Begriff der „Verdrängung"* weder übereinstimmend, noch theoretisch geleitet und vor allem nicht im psychoanalytischen Sinne Verwendung gefunden hat, sondern entweder umgangssprachlich für ein Nicht-wahrhaben-Wollen im umfassenden Sinne unter Einschluss aller Übergangsvarianten oder fälschlicherweise als Synonym für Verkennung. Das kommt einem inflationären Gebrauch gleich und ist vor allem deshalb geeignet, zu Missverständnissen beizutragen, weil jedem – auch dem Juristen als medizinischem Laien – suggeriert wird, sich darunter etwas vorstellen zu dürfen und dafür nun eine Erklärung geliefert zu bekommen. „Eine fundierte, geschlossene psychosomatische Theorie zur Schwangerschaftsverdrängung ist nicht vorhanden" (Wessel et al. 1998, 5).

An *dritter Stelle* ist davon auszugehen, dass *Verheimlichung als Kontraposition zur „Verdrängung“* nicht taugt, um den anderen Pol eines Spektrums zu benennen. Das liegt nicht nur an der amöboiden Gestalt der „Verdrängung“ oder der fragwürdigen Bedeutungszuschreibung, die dem Begriff der „Verdrängung“ widerfahren ist, sondern auch daran, dass Verheimlichung mit dem Odium der Vorwerfbarkeit gebraucht wird.

An *vierter Stelle* ist davon auszugehen, dass „verdrängen“ (beiseite drängen, zur Seite schieben), „verkennen“ (nicht richtig erkennen, falsch beurteilen, missdeuten), „verheimlichen“ (verbergen, verschweigen, nicht merken lassen), „verleugnen“ (leugnen, nicht zugeben), „negieren“ (verneinen, ablehnen, bestreiten) und „abwehren“ transitive Verben der deutschen Sprache sind, die ein Akkusativobjekt (in dem Falle: Schwangerschaft) fordern, dass im Passiv als Subjekt erscheint. Dabei bezeichnen *verkennen und verdrängen* in diesem Zusammenhang vor allem Leistungen und Vorgänge, die die *Selbstwahrnehmung* der Frau hinsichtlich der Schwangerschaft betreffen, während *Verheimlichung und Verleugnung* eher verdeutlichen sollen, dass die Schwangere darauf ausgeht, die Schwangerschaft der *Fremdwahrnehmung* zu entziehen. Das ist aber nun keine reziproke Beziehung, an der man etwas festmachen könnte, wie z. B. eine Diagnose, die Bestimmung der Intensität einer psychischen Störung oder gar die Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit, denn sowohl die Veränderung der Selbstwahrnehmung bis hin zur Verkennung als auch die Ausgestaltung der Verheimlichung können als Ausdruck der schon von Aschaffenburg in das Blickfeld gerückten und seither immer wieder betonten *Ratlosigkeit* in Richtung des Vorliegens einer psychopathologisch relevanten Störung weisen, ohne selbst schon psychopathologisches Symptom oder Syndrom zu sein.

Schließlich ist an *fünfter Stelle* auszuführen, dass allein die Begriffe negieren und abwehren geeignet sind, gleichermaßen und in sich abgestuft zu umfassen, was in Richtung der Veränderung der Selbstwahrnehmung und in Richtung der Vermeidung der Fremdwahrnehmung des eigenen Zustandes geschieht, ohne eine Wertentscheidung zu präjudizieren. Dabei erscheint *abwehren* (ablenken, zurückweisen, fernhalten, verhindern, sich dagegen schützen, sich vor anderen schützen, verscheuchen) nicht nur das Verb mit dem komplexeren Bedeutungshof, sondern auch das Verb zu sein, mit dem in foro dem Juristen besser verständlich gemacht werden kann, was die Selbstwahrnehmung und den Umweltbezug der betroffenen Frau in dieser Situation ausmacht.

Das phänomenologische Spektrum der abgewehrten Schwangerschaft reicht von den aus der subjektiven Gewissheit, nicht schwanger zu sein, heraus abgewehrten Zuschreibungen durch die anderen, über die durch die ungefähre Ahnung, schwanger sein zu können, bestimmten Abwehr von Denk- und Erfahrungsmöglichkeiten sich selbst und anderen gegenüber, bis hin zur manipulativ abgewehrten Fremdwahrnehmung der Schwangerschaft.

Eine solche Gliederung des phänomenologischen Spektrums, die die Dichotomie „Verdrängung“ und „Verheimlichung“ wertneutral auffangen kann, lässt keine Schlussfolgerungen zu, die die Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit betreffen.

5.7 Die Empirie

Die *Unmöglichkeit einer Typologie* im Ergebnis der Beschreibung *von Persönlichkeitsbesonderheiten* und die Variabilität innerhalb der *Uniformität des Syndroms* der abgewehrten Schwangerschaft sind in der Literatur hinlänglich illustriert worden. Unter Berücksichtigung des *Verhältnisses von Wissen und Selbstwahrnehmung* wurde darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit, wissen zu können, nicht schon das Entscheidungsverhalten der Schwangeren bestimmt. Die Erörterung des *Verhältnisses zwischen Erleben der Schwangerschaft und der Beziehung zum Kind* ist im Rahmen der Begutachtung zwingend notwendig und gehört der Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit bei Kindstötung zu, ohne allerdings diese Beurteilung tragen zu können. Darauf ist noch einzugehen.

Es hat mit der *Beziehung des einzelnen Falls zur Regel*, die in der Medizin eine abstrahierende Beschreibung des Seins und im Recht eine gewollte Sollensnorm ist, zu tun, dass hier nicht sechs Kasuistiken mit Blick auf die Regelhaftigkeit des Syndroms der abgewehrten Schwangerschaft – die als medizinischer Sachverhalt verifizierbar oder falsifizierbar ist –, die zugleich gegebene unaustauschbare Individualität des Einzelfalls und schließlich die Anwendung der Rechtsregel – die angemessen oder unangemessen sein kann, nicht aber verifizierbar oder falsifizierbar ist – dargestellt werden können. Aus diesem Grunde wurde der Weg gewählt, sechs in den Jahren 1997 bis 2006 begutachtete Fälle zum einen in extrem formalisierter Form tabellarisch hinsichtlich der die Problematik der abgewehrten Schwangerschaft (s. Tab. 6) und hinsichtlich der gutachtlichen Beurteilung und des Urteils (s. Tab. 7) darzustellen. Zum anderen soll die Beziehung des einzelnen Falls zur Regel dann doch beispielhaft in zweifacher Hinsicht skizziert werden. Einerseits wird der normative Spielraum des Juristen, der angesichts der Urteile Diskussionen unter dem Vorzeichen „angemessen – unangemessen“ in Gang setzen kann, am (medizinischen) Regelfall des Fehlens von Voraussetzungen für die Anwendung der §§ 20, 21 StGB dargestellt. Andererseits soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass in Ausnahmefällen vom (medizinischen) Regelfall abweichende spezifische psychopathologische Konstellationen vorliegen können, die verifizierbar sind und die folglich Überlegung in Richtung des Vorliegens von Eingangsmerkmalen der §§ 20, 21 StGB in Gang setzen können. An diesen kann die Zuschreibung von Steuerungsfähigkeit scheitern, diese können aber ungeachtet dessen ebenso die Frage nach der angemessenen normativen Entscheidung aufwerfen.

Tab. 6 Angaben zum Schwangerschaftsverlauf

	Fall 1: A. B.	Fall 2: C. D.	Fall 3: E. F.	Fall 4: G. H.	Fall 5: I. J.	Fall: 6 K. L.
Alter zur Tat	29 Jahre	30 Jahre	27 Jahre	23–33 Jahre	30 und 32 Jahre	16 ½ Jahre
Beruf	Reinigungs-kraft	ohne Beruf	Abbruch Studium, ungelernt	Zahnarzt-helferin	Erzieherin und Heilpädago-gin	Schülerin
Fam.-stand	ledig	verheiratet	ledig, feste Bez.	verheiratet	verheiratet	ledig
Ehelich/ unehel.	uneheliches K.	uneheliches K.	uneheliches K.	eheliche Kinder	eheliche Kinder	uneheliches K.
Krankheits-anamnese	keine	leichte Intelligenz-minderung	keine	keine	keine	keine
Graviditäten	4	2	1	13	7	1
Abort/Interr.	–	–	–	–	2/1	–
Freigabe zur Adoption	2. und 3. Kind	–	–	–	–	–
Tötung des:	4. Kindes	2. Kindes	1. Kindes	4. – 12. Kindes	6. u. 7. Kindes	1. Kindes
Verhältnis z. Kindsvater	keine Angaben	verheimlichte sexuelle Bez. zu einem Mann ohne Zukunft	Lebenspart-ner, dessen Verlust durch Kind befürchtet wird	Ehemann, aber keine Angaben im Detail	Ehemann, zunehmend abgelehnt, aber untergeordnet	verheimlichte sexuelle Bez. zu „Kumpel“ ohne Zukunft
Kontra-zeption:	–	–	–	–	–	–
Arztbesuche:	–	ja	–	–	–	
Diagnostik:	–	ja	–	–	–	
Schwanger-schafts-zeichen	vorhanden und zu verheimli-chen versucht	vorhanden und zu verheimli-chen versucht	4 Wochen vor Geburt, dann verheimlicht	keine Angaben	spät bemerkt, dann verheimlicht	vorhanden und verheimlicht
Selbstwahr-nehmung	passiv, defensiv, hinnehmend, ratlos, resigniert	bestimmt durch die Angst vor der Familie, insbesondere dem Vater	abwehrend, aufschiebend, ambivalent und ratlos bis über Geburt hinaus	keine Angaben	wollte nicht schwanger sein, sei für sich nicht schwanger gewesen	unbeholfen, ratlos, „Wenn ich nicht daran dachte, ging es mir gut.“

	Fall 1: A. B.	Fall 2: C. D.	Fall 3: E. F.	Fall 4: G. H.	Fall 5: I. J.	Fall: 6 K. L.
Beziehung zum getöteten Kind bzw. zu den getöteten Kindern	„Ich wollte das Kind nicht."	wollte das Kind nicht, weil sie damit der Familie das Gesicht, das Ansehen genommen hätte	glaubt nicht, es zu schaffen, da Gefährdung von Ausbildung und Beziehung, will sich nicht identifizieren	keine Angaben,	wollte keine Kinder mehr in dieser Ehe, Kinder als grau, klein, leblos und Fehlgeburt erlebt	„Ich will noch kein Kind, weil ich noch so jung bin. Ich habe das halbe Leben noch vor mir."
Fremdwahrnehmung	Mutter, Nachbarin und Kolleginnen fragen nach – es wird vehement abgewehrt	Heimbewohner, aber durch die Familie werden Wahrnehmungen bestritten, Aufklärung wird in HV boykottiert	der mit ihr lebende Freund merkt nichts, Kollegen und Mutter fragen nach, es wird bestritten	gelegentlich wurden Verdachtsmomente von der Verwandtschaft geäußert – es wird abgewehrt	weder vom Ehemann, noch in einem aufmerksamen Arbeitsumfeld Wahrnehmung der zwei Schw.	die im Haushalt lebende Mutter merkt nichts, nur eine Mitschülerin fragt nach – es wird bestritten

Mit einer Ausnahme (*Fall 2*) handelt es sich um Frauen, die keine Hinweise auf irgendwelche intellektuellen Beeinträchtigungen aufwiesen und deren Anamnese frei von psychischen Störungen, psychiatrischen Krankheiten und entsprechenden Behandlungen ist.

Das Schicksal der *Frau C. D. (Fall 2)* ist über die leichte Intelligenzminderung hinaus durch die Sozialisation unter einfachen Verhältnissen im Kosovo, eine Schwerhörigkeit mit Auswirkungen auf den Bildungsgang im Kindesalter, die Flucht aus dem Kosovo sowie schließlich das von anderen abgeschiedene, seit fünf Jahren andauernde Leben in der 17 Personen umfassenden albanischen Großfamilie der Roma islamischer Religionszugehörigkeit unter dem Diktat des Vaters in einem Asylbewerberheim bestimmt worden. Frau D. lebte mit ihrer 7-jährigen und ehelich (nach der Tradition) in Jugoslawien geborenen Tochter – der Kindesvater lebte weiterhin in Jugoslawien – in dieser Familienstruktur. Die Schwangerschaft kam nach der verheimlichten Aufnahme von sexuellen Beziehungen (3-mal) zu einem Dorfbewohner zustande, der ihr gegenüber von Heirat gesprochen hat, dem Frau D. über die Schwangerschaft berichtet hat, der danach aber nichts mehr von ihr wissen wollte, sodass sie nicht mehr hingegangen ist. Das hatte u. a. zur Folge, dass die (lt. Zeugen) „teuflische" Angst vor der Vertreibung aus der Familie zum wesentlichen Motiv wurde. Obwohl die Schwangerschaft von anderen Heimbewohnern

wahrgenommen wurde und man davon ausgehen musste, dass das Ereignis auch der Familie nicht entgangen ist – zumal Frau D. berichtete, es dem Vater gesagt zu haben – gaben Familienmitglieder übereinstimmend an, dass Frau D. nicht schwanger gewesen sei. Der Vater äußerte, dass er die Tochter, wenn sie ein Kind bekommen hätte, zu dem Mann geschickt bzw. zu dem Mann hingejagt hätte, von dem das Kind stamme. Bei ihm hätte sie nicht bleiben können. Er hätte sie aus dem Haus geworfen, denn er würde sein Gesicht verlieren, wenn sie ins Heim zurückkommen würde. Durch den Bruder wurde angegeben, dass die Schwester nicht schwanger gewesen sei. Es handele sich dabei um ein Missverständnis. Es sei auch nach der Religion verboten, ohne Ehemann schwanger zu werden. Eine Freundin, die um die Schwangerschaft wusste, die Frau D. zum Gynäkologen begleitet und die die Papiere für eine Klinikeinweisung zur Schwangerschaftsunterbrechung aufbewahrt hatte, damit diese von der Familie nicht gefunden werden konnten, gab als Erklärung an: „Vielleicht hat sie auch gedacht, dass es hier in Deutschland wie in Jugoslawien ist. Da kommt es vor, dass Frauen ihre Kinder bekommen und entscheiden, was daraus wird." Um einen Termin für eine Schwangerschaftsunterbrechung hat sich Frau D. nicht bemüht, weil sie glaubte, die durch den Klinikaufenthalt bedingte Abwesenheit von der Familie nicht rechtfertigen zu können, und weil sie Angst vor dem Eingriff selbst hatte. Über den gesamten Verfahrensverlauf hinweg zeigte Frau D. ein sehr widersprüchliches Aussageverhalten, dem nicht nur verschiedene Tatvarianten, sondern auch Beschuldigungen der Freundin zugehörten, nach denen diese das Kind aus der Toilette genommen und in den Müllcontainer gebracht habe.

Sieht man von den spezifischen Besonderheiten dieses Falles ab, dann kommen alle Frauen aus Erziehungs- und Milieuverhältnissen, die zwar Besonderheiten aufweisen und deren Beachtung die bereits vor und außerhalb der Konfrontation mit Schwangerschaft und Geburt viele Lebensentscheidungen kennzeichnenden Selbstbehauptungs- und Entscheidungsschwäche verständlich werden lassen, nicht aber aus Erziehungs- und Milieuverhältnissen, die in der den *Fall 2* kennzeichnenden Weise zur Erklärung herangezogen oder gar als dissozial bezeichnet werden können. Der Umgang mit bereits vorhandenen Kindern hat entweder nie Kritik hervorgerufen (*Fälle 1 und 2*) oder wurde ausgesprochen positiv beurteilt (*Fälle 4 und 5*).

Nachdem nun bekannt ist, dass es die Phänomenologie der Schwangerschaftsabwehr gibt und somit in diesem Zusammenhang nur begründet von Schutzbehauptungen gesprochen werden sollte, ist zu ergänzen, dass Abwehr der Schwangerschaft und des Kindes bis hin zur Kindstötung einem Sich-schuldig-Fühlen, das nach konfrontativer Erörterung der Tat bis hin zu subdepressiver Verzweiflung reichen kann, keinesfalls entgegensteht und deshalb nicht als ein sozial erwünschtes Verhalten in foro interpretiert werden sollte. Jede dieser Frauen hätte – wie alle anderen Frauen auch – im Vorfeld die Kindstötung aus dem Spektrum aller Möglichkeiten mit Überzeugungskraft ausgeklammert – und kaum einer weiß, wie er sich danach – zumal in der Öffentlichkeit –

dazu verhalten können wird. Wenn hier etwas abständig von „Fällen" gesprochen wird, dann ist das den größtmöglichen Bemühungen um Anonymisierung und Versachlichung geschuldet. Dennoch wird nicht vermieden werden können, dass Assoziationen an das geweckt werden, was über die Berichterstattung in Richtung der Öffentlichkeit transformiert worden ist.

Schließlich ist noch auf etwas hinzuweisen, das zwar über die Fallskizzen mittelbar deutlich wird, einer spezifischen Betrachtung aus offenkundigen Gründen aber nicht zugänglich gemacht werden kann. Nämlich, dass die *„abgewehrte" Schwangerschaft* mit nachfolgender Kindstötung zugleich eine im dreifachen Sinne *„vaterlose" Schwangerschaft* ist. Zum einen haben die Väter nicht selten bereits nach der Zeugung das Feld verlassen und sind schon während der Schwangerschaft faktisch nicht mehr vorhanden. Zum anderen sind die noch vorhandenen Väter unter den Aspekten Wahrnehmungsfähigkeit, Fürsorglichkeit, Konfliktfähigkeit, Verantwortungsübernahme etc. abwesende Väter. Es ist ein erstes Paradoxon, dass der Frau zu Zeiten der Gültigkeit des § 217 StGB hinsichtlich des Strafmaßes unter dem Vorzeichen der Nichtehelichkeit am ehesten noch der faktisch abwesende Kindsvater zugute kam, während der teilnahmsarm-abwesende Ehemann zur Beschwer wurde. An dritter Stelle schließlich ist die formale Bedingung der Geschichte der forensisch-psychiatrischen Erörterung der Kindstötung seit jeher die juristisch gewollte und sicher auch zu rechtfertigende Fokussierung auf die Mutter als Täterin gewesen. Dass die bisweilen als moralisch fragwürdig empfundene Ausgrenzung und Selbstausgrenzung der Väter aus dem Verfahren die (Belastungs-)Zeugentätigkeit nicht berührt, ist ein zweites Paradoxon. Zu erinnern ist an dieser Stelle daran, dass Birnstiel auch die Einbeziehung des Vaters des unehelichen Kindes – aus ärztlicher, nicht aus juristischer Sicht – unter präventiven Gesichtspunkten durch den Kopf gegangen ist, wenn er in 39 Artikeln über „Mittel, wie dem häufig werdenden Kindermord vorzubeugen seye" nachgedacht und an die erste Stelle die Anzeigepflicht der unehelichen Schwangerschaft durch den Vater während der ersten drei Schwangerschaftsmonate gesetzt hat. Bereits in Art. IV heißt es:

> *„Geschieht ein Kindermord abseiten der Geschwächten, und der Vater hat die Anzeige seiner fleischlichen Vermischung unterlassen, so wird auch an diesem die Strafe des Kindermordes vollzogen" (Birnstiel 1785, 149).*

Tab. 7 Angaben zu Tatgeschehen, Beurteilung und Urteil

	Fall 1: A. B.	Fall 2: C. D.	Fall 3: E. F.	Fall 4: G. H.	Fall 5: I. J.	Fall: 6 K. L.
Geburtsort	Bad, neben der Badewanne	Bad, in die Toilette hinein	Bad, in die Toilette hinein	Wohnung (8) Pension (1)	Bad, 2 x in die Toilette hinein	Bad, in die Toilette hinein
Fundort des Kindes/ der Kinder	25 Tage später im Kofferraum ihres Pkw	18 Tage später in einem Müllcontainer	5 Tage später in Schminkkoffer am Feldweg	17–7 J. später in Behältern m. Erde i. Garten	13 und 11 Jahre später eingemauert i. Keller	in Plastiktüte im öffentlichen Papiercontainer
Art der Tötung	eingewickelt und erstickt, da Kind schrie	erdrosselt durch Nabelschnurumschlingung	erstickt, indem in die Toilette gedrückt	liegen lassen b. Unterkühlung (lt. Urteil)	eingewickelt und erstickt, (lt. Urteil)	erdrosselt durch Nabelschnurumschlingung
Diagnose	Anpassungsst.? Pers.-keitsst.?	leichte Intelligenzminderung	-	Alkoholabhängigkeit	Anpassungsstörung	-
Eingangsmerkmal	schwere andere seel. Abartigk.	Schwachsinn	-	-	tiefgreifende Bewusstseinsst.	-
Beurteilung	n. ausschließb. Verminderung d. Steuerungsf.	keine Voraussetzung für § 21 StGB	keine Voraussetzung für § 21 StGB	keine Voraussetzung für § 21 StGB	n. ausschließb. Verminderung d. Steuerungsf.	Reifungsdefizite, aber § 3 JGG erfüllt,
Urteil (Norm)	§§ 212 Abs. 1, 21 StGB	§§ 212 Abs. 1, 213 StGB	§§ 212 Abs. 1, 213 StGB	§§ 212 Abs. 1, 13 Abs. 1, 53 StGB	§ 212, § 213 (a. F.), § 53 StGB	§ 213 StGB, und JGG
Urteil (Strafmaß)	2 Jahre auf Bewährung	5 Jahre ohne Bewährung	3 Jahre und 9 Monate	15 Jahre	9 Jahre	2 Jahre auf Bewährung
BGH	nein	Aufhebung im Strafausspruch	nein	Entscheidung steht noch aus	Entscheidung steht noch aus	nein

Wenn in die weiteren Betrachtungen über die Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit vier Fallbeschreibungen einbezogen werden, die in der jüngeren Literatur zu finden sind, dann geschieht das aus zwei Gründen: Zum einen lässt sich erkennen, dass auch die Autoren, die sich hinsichtlich der Syndrombeschreibung explizit auf Gerchow berufen, in der Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit durchaus andere Wege gegangen sind, ohne dass die Abweichung immer schlüssig begründet imponiert. Zum anderen geben diese drei Fälle die Möglichkeit, noch einmal aus einer anderen Perspektive auf die Notwendigkeit einer begrifflichen Gliederung des phänomenologischen

Spektrums der abgewehrten Schwangerschaft und die Konsequenzen für die Beurteilung aufmerksam zu machen.

Fall 7: N. N., 18 Jahre, ledig (Wille und Beier 1994)

Das von Wille und Beier (1994) gegebene Fallbeispiel soll die mit der oben erwähnten „Kriteriologie" vertretene Auffassung von der „verdrängten" Schwangerschaft illustrieren:

> *„Unter dem Verdacht, eine strafbare Handlung nach § 217 StGB begangen zu haben, wurde vor einigen Jahren gegen eine 18-jährige ledige Gymnasiastin ermittelt, die sozial wie familiär gut integriert in einem 5-Personen-Haushalt bei den Eltern lebte und dem Abitur zustrebte. Sie hatte ohne fremde Hilfe aus Steißlage ein Kind zur Welt gebracht und etwa eine halbe Stunde nach der Geburt das mit allen Zeichen der Reife versehene Neugeborene in Tücher gewickelt nachts bei kalter Witterung vor der Tür einer Sozialstation abgesetzt, geklingelt und nach Angehen der Treppenbeleuchtung geglaubt, es würde dort aufgefunden. Tatsächlich starb das Kind aber an Unterkühlung (vom Gericht geprüft wurde deshalb insbesondere auch der § 221 StGB ‚Aussetzung mit Todesfolge').*
>
> *Bei den Explorationen (anläßlich der staatsanwaltlich in Auftrag gegebenen Begutachtung) bot sie keine psychischen oder psycho-sexuellen Auffälligkeiten. Mit 17 Jahren erste koitale Beziehung zu einem 19-Jährigen; hierbei ist es trotz Empfängnisverhütung mit Kondomen zur Konzeption gekommen.*
>
> *Zum Schwangerschaftsverlauf gab sie nun rückblickend an, nie Schwangerschaftszeichen, keine Übelkeit, kein Erbrechen, insbesondere keine Zunahme des Bauchumfanges oder gar Kindsbewegungen festgestellt zu haben, im Gegenteil: bis zum Schluß hätte sie ihre Monatsblutung gehabt, ganz regelmäßig wie immer, vielleicht nicht ganz so stark. Noch in der 27. bis 30. Schwangerschaftswoche fuhr sie mit gleichaltrigen Mitschülern ans Mittelmeer und badete dort gänzlich unbekleidet wie die anderen auch. Nie sei sie auf den Gedanken gekommen, schwanger zu sein, aber auch nie von anderen auf diese Möglichkeit angesprochen worden.*
>
> *Bis zwei Tage vor der Geburt nahm sie regelmäßig am Schul-, einschließlich Sportunterricht teil. Am Abend der Geburt ging sie mit ‚Magenverstimmung', wie sie der Mutter sagte, ins Bett, verspürte etwa gegen Mitternacht ein ‚Rumoren im Bauch', faßte sich zwischen die Beine, bemerkte Blut, tastete dann Hodensack und Gesäß des Kindes und begriff erst jetzt, daß sie dabei war zu gebären"* (ebenda, 77 f.).

Wie die Problematik aus gutachtlicher Sicht beurteilt worden ist, geht aus dieser Publikation nicht hervor. Es wird lediglich mitgeteilt, dass das Verfahren eingestellt worden ist.

Fall 8: T. M., 23 Jahre, ledig (Bauer 1997)

Bauer (1997) stellt *„Die Gretchenfrage: Exkulpierung nach Tötung des Kindes bei negierter Schwangerschaft?"* und gibt – als Antwort? – das folgende, hier abgekürzt wiedergegebene Fallbeispiel:

Es wird von einer aus Portugal stammenden, dort in der Landwirtschaft tätig gewesenen Frau berichtet, die ins Rhein-Main-Gebiet zog, um hier eine Putz- und später eine Stelle als Küchen- und Stationshilfe in einer kleinen Privatklinik anzunehmen. Während einer Urlaubsreise nach Portugal habe sie einen jungen Landarbeiter kennen gelernt, in den sie sich verliebt und mit dem sie sexuelle Beziehungen gehabt habe. Zwar sei von Heirat gesprochen worden, doch habe sich der junge Mann nach einigen Telefonaten nicht mehr gemeldet. Sie sei „schwanger geworden, ohne es zu merken."

> *„Obwohl nicht gerade umfassend aufgeklärt, wußte sie doch, daß das, was sie getan hatte, zum Kinderkriegen dazugehört. Auch war ihr klar, daß dann ihre Regel ausbleiben und sie an Leibesumfang zunehmen würde. Als beides in den folgenden Monaten nicht eintrat, war die kurze Angst, die sie verspürte und die ihr in der Ohrenbeichte ein Priester genommen hatte, vorbei, das Leben nahm seinen gewohnten Lauf. In der Gerichtsverhandlung betonten alle Zeugen, daß sie nicht im entferntesten auf die Idee gekommen wären, Theresa könne schwanger sein. Dem Chefarzt der Klinik, der Stationsärztin, einigen Krankenschwestern, ja selbst der leiblichen Schwester, mit der Theresa das Zimmer teilte und die sie bis zuletzt auch regelmäßig nackt gesehen hatte, war bis zur Geburt des Kindes nichts aufgefallen. Selbst als Theresa, nachdem sie das Kind innerhalb von fünf Minuten auf der Patiententoilette des Krankenhauses, in dem sie arbeitete, geboren hatte, es in einen Kittel einwickelte und erst im Operationssaal einer Nachbarklinik, in die man sie notfallmäßig gebracht hatte, hergab, schöpfte keiner der Zeugen Verdacht. Eine starke Blutung vielleicht, auch ein frühzeitiger Abort, aber doch niemals ein reifes, lebensfähiges Kind, das Theresa in ihrer Not nach der Geburt, eingeschlagen in einem Kittel, so fest an sich drückte, daß es sterben mußte."*

Das Gericht habe Theresa M. vom Vorwurf der Kindstötung freigesprochen und sei in seiner Begründung im Wesentlichen dem in dieser Sache erstellten Gutachten gefolgt, in dem dargelegt worden sei,

> *„daß Kindstötung unter der Geburt motivisch nur verständlich gemacht werden kann, wenn man Schwangerschaft und Geburt als eine psychologische und biologische Einheit betrachtet. Ursache für den Tod des Kindes unter oder gleich nach der Geburt – so unsere Argumentation – war bei Theresa M. eine schon bei Beginn der Gravidität einsetzende reaktive Abnormisierung des Erlebens, die als Verdrängung bzw. als Verleugnung der Schwangerschaft imponierte. Die Ausblendung unliebsamer und ambivalenter Tatbestände aus dem Bewusstsein ist auch nur dann möglich, wenn es nicht bei einem einmaligen Verleugnungsakt bleibt, sondern die Dynamik dieser Erwartungshaltung immer von neuem emotional und durch tatsächliche Gegebenheiten gespeist wird. Eben dies konnte dem Gericht durch die Darstellung der psychologisch-*

autosuggestiven wie auch durch die potenziell angsterzeugenden sozialen Gegebenheiten verdeutlicht werden. Das Ausbleiben typischer Schwangerschaftszeichen und die weiter bestehende Periodenblutung bildeten insofern nur die verstärkende biologische Matrix der psychologischen Gegebenheiten."

Im Urteil der Schwurgerichtskammer habe gestanden:

„Das Handeln der Angeklagten nach der Geburt läßt erkennen, daß sie das Neugeborene, auf das sie sich aufgrund der Verdrängung ihrer Schwangerschaft nicht psychisch einstellen konnte und das folglich für sie ein.Fremdkörper war, vor ihrer Umwelt verbergen wollte. Dagegen stellt sich ihr Handeln nach Auffassung des Gerichts nicht als bewußtes Einwirken auf den Körper des Neugeborenen unter Inkaufnahme seines Todes dar, da sich die Angeklagte aufgrund der überraschenden Geburt, auf die sie mit Angst und Panik reagierte, in einer psychischen Ausnahmesituation befand. Zudem litt sie unter derart starken Schmerzen, daß sie dachte, sterben zu müssen. Die Angeklagte war vom Vorwurf der Kindstötung gemäß § 217 StGB aus tatsächlichen Gründen freizusprechen, da ein direkter oder bedingter Tötungsvorsatz nicht festgestellt werden konnte. Die Angeklagte hat sich auch keiner fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB schuldig gemacht. In der konkreten Situation nach der Geburt kann der Angeklagten aufgrund ihrer oben dargelegten psychischen Verfassung, in der sie sich nicht situationsangemessen verhalten konnte, nicht vorgeworfen werden, es unterlassen zu haben, Hilfe zur Rettung des Kindes herbeizuholen oder zuzulassen und beim Umgang mit dem Neugeborenen nicht die notwendige Vorsicht angewandt zu haben. Infolge der psychogenen Einengung ihres Bewußtseins sowie ihres persönlichen Leistungsvermögens war sie nicht dazu in der Lage, zu erkennen, welche Handlungsanforderungen an sie gestellt wurden."

Die Falldarstellung schließt mit dem Hinweis: „Aus psychiatrischer Sicht ein wahrhaft weises und gerechtes Urteil" (ebenda, 248 f.).

Fall 9: N. K, 36 Jahre, verheiratet (Wessel et al. 1998)

Der von Wessel, Platz und Schneider (1998) ausführlich vorgestellten Kasuistik ist zu entnehmen, dass 1995 eine „kollaptische" Frau mit starken vaginalen Blutungen von der Feuerwehr in eine Frauenklinik gebracht wurde. Anamnestisch habe die Patientin drei Spontangeburten (1978, 1986, 1990) sowie eine Interruptio (1979) angegeben. Eine aktuelle Schwangerschaft sei von ihr – wie auch zuvor gegenüber der Feuerwehr – strikt verneint worden, ebenso ein Fruchtabgang. Zur Zyklusanamnese habe sie Blutungen während der letzten Monate und der letzten Tage angegeben. Gegen 12.00 Uhr des Vortages seien Unterbauchschmerzen, gegen 19.00 Uhr stärkere Blutungen aufgetreten. Die wegen der unklaren Situation verständigte Polizei fand im Keller der Wohnung den versteckten Leichnam eines männlichen Neugeborenen. Es wurde ein Verfahren wegen Totschlags (§ 212 StGB) gegen Frau K. eingeleitet.

„Bei einem Körpergewicht von 90 kg und einer Größe von 172 cm sei von Frau K. keine Gewichtszunahme bemerkt worden (‚keine anderen Sachen getragen, figürlich keine

> *Änderungen'). Übelkeit/Erbrechen seien weder jetzt noch in den vorherigen Schwangerschaften aufgetreten. Kindsbewegungen seien im Gegensatz zu früheren Graviditäten nicht bemerkt worden. Wegen länger bestehender Gallenbeschwerden (Cholelithiasis-Diagnose im Haftkrankenhaus) wurden seit ca. 2 1/2 Jahren Medikamente eingenommen; ferner bestanden seit längerem häufige Blähungen. Etwa zum Zeitpunkt mens V erfolgte ein Umzug, dabei habe sie ‚viele schwere Sachen geschleppt'. Am fraglichen Tag der Geburt sei sie wie üblich aufgestanden und habe die gewohnten Tätigkeiten verrichtet. Plötzlich habe sie heftigste Bauchschmerzen bekommen, sie sei daraufhin auf die Toilette gegangen, ‚in dem Moment ist alles passiert'.*
>
> *Nach ihren Einlassungen in der Hauptverhandlung habe Frau K. nicht bemerkt, schwanger zu sein. Die starken Bauchschmerzen habe sie nicht für Wehen, sondern für eine Gallenkolik gehalten. An eine bevorstehende Geburt habe sie zu keinem Zeitpunkt gedacht. Diese sei auf der Toilette vollkommen überraschend gekommen. Sie habe dann Panik bekommen und nicht gewußt, was sie machen solle. Sie habe 20 bis 30 Minuten mit starken Schmerzen und Blutungen auf der Toilette gesessen und insoweit einen ‚Filmriß' gehabt, daß sie nicht wisse, was sich dort abgespielt habe. Das Kind habe sie als etwas Fremdes empfunden, was nicht ihr gehöre. Sie sei nicht fähig gewesen, es anzuschauen oder anzufassen. Zu keinem Zeitpunkt habe sie am Neugeborenen Lebenszeichen bemerkt."*

Eine erste (psychiatrische) Begutachtung mit der Beschreibung des Schwangerschafts„verdrängungs"prozesses habe zu folgendem Ergebnis geführt: „Im Moment der Geburt kam es zu einer depressiv determinierten Bewußtseinseinengung im Sinne einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung, die aus forensisch-psychiatrischer Sicht eine erhebliche Minderung der Steuerungs- und Hemmungsfähigkeit von Frau K. bedeuten würde." Frau K. sei wegen Totschlags gem. § 212 Abs. 1 StGB zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt worden, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt worden sei. Hintergrund der Verurteilung sei nach der Begründung des Gerichts vor allem gewesen, dass sich Frau K. vor dem Tattag bewusst mit dem Gedanken an eine bestehende Schwangerschaft auseinandergesetzt habe, sodass eine Verdrängung der Realität im Vorfeld der Geburt nicht vorgelegen habe. Zwar habe sie sich mit Beginn des Geburtsvorganges in einem Zustand der Handlungsunfähigkeit befunden, jedoch:

> *„Indem sie die Toilette aufsuchte, habe sie bereits vor der Geburt vorsätzlich Bedingungen geschaffen, in die hinein das Kind geboren werden sollte und die dann den Tod des Kindes bewirkt haben. Sie habe demnach bewußt ihr Handeln so eingerichtet, daß das Kind unter gefährdenden Umständen zur Welt kam. Das stelle aktives Tun und kein Unterlassen dar."*

Auf die Revision der Staatsanwaltschaft und der Angeklagten hin habe der 5. Strafsenat des BGH das Urteil aufgehoben und die Sache zurückverwiesen. Die mit Blick auf die zweite Hauptverhandlung in dieser Sache ein Jahr post

partum durchgeführte Nachexploration durch einen geburtsmedizinischen Sachverständigen habe „eine Reihe von Anhaltspunkten (ergeben), die insbesondere aufgrund der Ähnlichkeiten mit den Schilderungen forensisch nicht auffällig gewordener Fälle von Schwangerschaftsverdrängung (ohne Kindstötung) – im Gegensatz zur Ansicht der ersten Strafkammer – weitaus mehr dafür sprachen, daß primär nicht eine Verheimlichung, sondern eine Verdrängung vorgelegen hatte."

Das habe zum Freispruch geführt. Es wurde aus dem Urteil zitiert:

„Für den Tod des Kindes konnte die Angeklagt strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht werden, da zumindest nicht auszuschließen war und es letztendlich sogar wahrscheinlich ist, daß die Angeklagte von der Geburt des Kindes völlig überrascht worden ist und dadurch von dem Zeitpunkt des Erkennens der Geburt in einen derart schweren Schockzustand geraten ist, daß das ganze seelische Gefüge der Angeklagten über mehrere Stunden zusammengebrochen war. Auf Grund dieser tiefgreifenden Bewusstseinsstörung war es der Angeklagten unmöglich, rational zu handeln. Die Folgen der Geburt für das Kind auf der Toilette ohne jede Hilfe konnte die Angeklagte auf Grund ihres Zustands nicht erfassen. Sie war allein mit den Folgen der Geburt für sich und ihre Familie beschäftigt, die sie jedoch auch nur im höchst eingeschränkten, unvollständigen Maß erkannt hat, so daß sie selber fast verblutet wäre" (ebenda, 3 ff.).

Fall 10: N. A., 20/21 Jahre, ledig (Maneros 1998)

Unter Bezugnahme auf die Mitteilung des referierten Falles (*Fall 8*) von Bauer (1997) und den Kommentar von Wille (1997) wurde über einen Fall einer zweifachen Kindstötung nach der Geburt berichtet. Die Kindesleichen wurden in Tücher eingewickelt auf dem Dachboden eines von Frau A. inzwischen nicht mehr bewohnten Hauses zurückgelassen und 5 bzw. 6 Jahre nach den Taten dort aufgefunden. Die Ermittlungen erbrachten, dass Frau A. sehr jung, im Alter von 18 Jahren, eine Beziehung eingegangen ist und in Verbindung mit der ersten Schwangerschaft und Geburt die Erfahrung gemacht hat, dass der Mann sich weder für Schwangerschaft oder Geburt, noch für das gemeinsame Kind interessiert hat. „Dies hat sie schockiert, sie hat Angst um die Weiterentwicklung des Kindes gehabt und wollte kein Kind mehr mit diesem Mann haben. Sie hat aber keine Schwangerschaftsverhütungsmaßnahmen getroffen" (Maneros 1998, 175). Allerdings habe das nicht gehindert, dass sie den Mann nach der ersten Tat „aus sozialen Gründen, vor allem für die Familie, aber auch, weil ‚es sich so ergeben hat'" (ebenda, 175) geheiratet hat. Die Tötung des zweiten und des dritten Kindes sind durch die in die Verurteilung hineinreichenden formalen Besonderheiten gekennzeichnet, dass Frau A. eine Tat vor und eine Tat nach der Heirat des Mannes, von dem die ersten drei und damit die beiden getöteten Kinder stammen, begangen hat und sie zum Zeitpunkt der ersten Tat noch Heranwachsende gewesen ist. In beiden Fällen habe sie die Schwangerschaften erst erahnt, dann bemerkt und schließlich im Sinne des Nicht-wahrhaben–Wollens abgewehrt. Die Kinder wurden bei

Anwesenheit des Partners bzw. Ehemannes in der Wohnung, von ihm aber unbemerkt, geboren, abgenabelt, eingewickelt und schließlich auf den Boden gebracht. Zwei Jahre nach der zweiten Tat habe Frau A. ihren Ehemann verlassen. Ein viertes, aus einer neuen Beziehung stammendes Kind wurde etwa zum Zeitpunkt der Begutachtung geboren.

Die Begutachtung habe zwar keine Voraussetzungen für die Diskussion der §§ 20 und 21 StGB ergeben, doch habe man dem Gericht empfohlen, die besondere psychologische Situation der Frau in einer unglücklich verlaufenden Partnerbeziehung zu berücksichtigen und „bei der Urteilsbildung mitwirken zu lassen". Der Umstand, dass die Frau die erste Tat als Heranwachsende und vor der Eheschließung begangen hatte, führte zur Anwendung des JGG und des § 217 StGB. Die zweite Tat wurde nach § 212 StGB verurteilt. Für beide Fälle kam § 22 StGB zur Anwendung, weil das Gericht nur einen Versuch angenommen hat, da trotz der höheren Wahrscheinlichkeit der Geburt eines lebensfähigen Kindes nach komplikationsfreiem Schwangerschaftsverlauf

> *„wegen der nicht zu widerlegenden Möglichkeit einer Totgeburt nach dem Grundsatz ‚in dubio pro reo' davon ausgegangen werden musste, daß das Neugeborene nicht lebend geboren wurde. (...) Das Gericht verurteilte Frau A. wegen versuchter Kindestötung und versuchten Totschlags zu einer Einheitsjugendstrafe von zwei Jahren, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde"* (ebenda, 176).

5.8 Die Beurteilung und das Urteil

5.8.1 Grundsätze

Gerchow hat

> *„zu zeigen versucht, daß die motivisch entscheidende Abnormisierung der Persönlichkeit bereits im Beginn der Schwangerschaft eintreten kann. Dabei kommt es nicht so sehr auf das objektive Ereignis als auf das subjektive Erlebnis an, denn eine äußerlich gleiche Anforderung kann von demselben Menschen zu verschiedenen Zeiten unauffällig und abnorm verarbeitet werden"* (1957, 62).

Er hat damit unter diagnostischen Gesichtspunkten in die Region der psychischen Störungen gewiesen, die heute mit Rückgriff auf die ICD-10 als Anpassungsstörungen kodifiziert werden können. Es könne aber gar kein Zweifel darüber bestehen,

> *„daß der § 217 StGB alle lediglich psychogenen oder reaktiven seelischen Abnormitäten und Eigenarten, die unmittelbar aus der besonderen Situation dieses hier gemeinten Täterkreises entstehen, bereits berücksichtigt, denn bei diesen Besonderheiten handelt es sich um die wesentlichen Voraussetzungen für die Anerkennung privilegierter Milderungsgründe"* (ebenda, 102).

Nie gehe die Selbstkontrolle der Besinnung und Selbstbesinnung ganz verloren und selbst bei hochgradigen affektbedingten, komplexhaften Einstellungen und dadurch möglichen psychogenen Einengungen der Bewusstseinsklarheit könne in der Regel die eigene Situation sicher beurteilt werden. Die Konsequenz dieser – einerseits die Tradition der Rechtsprechung stützenden, andererseits an der agnostischen Sichtweise Kurt Schneiders (1887–1967) orientierten – Positionsbestimmung war die Aussage, dass die Anwendung des § 51 Abs. 1 oder 2 StGB kaum in Betracht kommen könne, es sei denn bei hypoxisch bedingten Zuständen, Schwachsinn oder anderen hinzutretenden Krankheitsfaktoren. Das Problem wurde eher in einer anderen Richtung gesehen.

> *„Hier beginnen jedoch schon die sogenannten Grenzfälle der forensischen Begutachtung, von denen Hallermann sagte, daß man nicht gern darüber spricht, wie die Entscheidung zustandekommt, und daß gerade hierbei unbewußte allgemein menschlichte Sympathie- und Antipathiegefühle die Entscheidung des Gutachters beeinflußen können. Dennoch lassen sich in der Regel abartige Verhaltensweisen und Erlebnisreaktionen von den das Krankhafte streifenden Besonderheiten trennen“ (ebenda, 104).*

Zu den Veränderungen, die sich während der letzten 50 Jahre vollzogen haben, gehört auch eine Reformation der *Begutachtungstheorie und -praxis*, über die hier nicht zu berichten ist. Die wesentlichen Schritte sind in Tabelle 8 zusammengefasst worden. Unter Bezugnahme auf die forensische Anwendung der Konzeption von Werner Janzarik (geb. 1920), die als strukturdynamischer Ansatz (1988 und 1995 mit jeweils weiteren Nachweisen) in den Bestand der Konzeptionen der Psychopathologie eingegangen ist, wurde hinsichtlich der Entscheidungsfindung im Begutachtungsprozess an anderer Stelle (Lammel 2001) u. a. zusammengefasst:

> Lässt sich darstellen, dass ein *psychopathologisches Syndrom,* dessen Identifikation zweifelsfrei und unabhängig von der Bestimmung der tatkausalen Auswirkungen erfolgt sein muss, über eine *(psychopathologisch) veränderte Wahrnehmungsperspektive der Situation* und u. U. über ein psychopathologisch strukturiertes Motiv zu einem *(psychopathologisch) veränderten Handlungsentwurf* führt, der als Tun oder Unterlassen erscheinen kann, und also das psychopathologische Syndrom im *Bedingungsgefüge der Tat* quasi über eine Störung der Desaktualisierungsfähigkeit erscheint, ist bei Orientierung an einem *Handlungsbegriff,* der Handeln von der Möglichkeit der Steuerung und Entscheidung her versteht*, Aufhebung oder Verminderung der Steuerungsfähigkeit* zu diskutieren. Aussagen über *Aufhebung und Verminderung* der Steuerungsfähigkeit in der Tatsituation und mit Blick auf die konkrete Tat sind im Ergebnis der *Analyse der konkreten Handlungsabläufe* zu gewinnen.

Tab. 8 Der Weg vom Befund zur Aussage über die Schuldfähigkeit

Ebene	Methodischer Vorgang	Ergebnis
Psychopathologische Ebene	theoretisch fundierte und methodisch geleitete Erhebung von Befunden	psychopathologischer Befund
Diagnostische Ebene	Identifikation psychischer Abnormität im Rahmen eines diagnostischen Urteilsprozesses	Diagnose nach ICD-10 oder DSM-IV
Erste Beurteilungsebene *(1. Stockwerk der Begutachtung)*	Rücktritt (!) von der Diagnose Bestimmung der Art und Dimension der Störung Bezugnahme auf ein psychopathologisches Referenzsystem im Rahmen eines ersten Qualifizierungsschrittes mit Blick auf das 2. (*tiefgreifend*) und 4. (*schwerwiegend*) Eingangsmerkmal	Zuordnung der Störung zu den *(empirische Sachverhalte und normative Wertungen enthaltenden)* Eingangsmerkmalen der §§ 20 und 21 StGB
Zweite Beurteilungsebene *(2. Stockwerk der Begutachtung)*	Orientierung an konstruktiven (formalen) Erklärungsmodellen der Psychopathologie (z. B. Strukturdynamik) Orientierung an Ergebnissen der wiss. Kriminologie Darstellung der tatkausalen Bedeutung der psychopathologisch relevanten Störung im Rahmen der hermeneutisch geleiteten Handlungsanalyse Bezugnahme auf ein psychopathologisches Referenzsystem im Rahmen eines zweiten Qualifizierungsschrittes	*(empirisch begründete und normative Zuschreibungen ermöglichende)* Aussagen über die Auswirkungen der Störung auf die dimensionalen Merkmale Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit
Ebene der Entscheidung	normative Setzung im Rahmen der (freien) Beweiswürdigung durch den Richter	Aussagen über Schuld und Schuldfähigkeit

Zu den Veränderungen, die sich während der letzten 50 Jahre vollzogen haben, gehört aber nun auch die *Abschaffung des § 217 StGB*. Auf die daraus resultierenden Probleme wurde eingangs hingewiesen. Nachdem bereits durch den Gesetzgeber darauf orientiert wurde, dass für die ehemals nach § 217 StGB verurteilten Fälle jetzt gegebenenfalls § 213 StGB Anwendung finden könne, wurde durch A. Rohde (2001) – im Kontrast zu der bis dahin geübten Begutachtungspraxis und ohne mitzuteilen, wie das geschehen soll – ausgeführt:

> *„Heute werden auch Neonatizide in der Regel nach § 212 bzw. 213 StGB (Totschlag) angeklagt. Die Berücksichtigung der besonderen psychischen Verfassung einer Mutter wird ermöglicht durch den Einsatz des Paragraphen 20/21 StGB, mit dem die eingeschränkte bzw. aufgehobene Schuldfähigkeit berücksichtigt wird“ (ebenda, 118).*

Wenn das suggerieren soll, dass die Privilegierung der Frau, die der Kindstötung beschuldigt wird, nun nach Wegfall der privilegierenden Norm mittels Rückgriff auf die De- und Exkulpierungsregeln erfolgen könne, dann wäre das ein entscheidendes Missverständnis.

Ehe auszuführen ist, dass das nur in begründeten Ausnahmefällen geschehen kann, soll den Fragen nachgegangen werden, die durch die aus der Literatur herausgegriffenen Fallskizzen aufgeworfen werden, wobei diese Fragen möglicherweise in den Originalgutachten beantwortet worden sind. Die Antworten hätte man mitteilen sollen, um die Entscheidungen der Gutachter nachvollziehbar zu machen, denn alle Arbeiten zielten nicht nur darauf, bekannt zu machen, was unter „Verdrängung“ der Schwangerschaft zu verstehen sei, sondern auch auf die Mitteilung eines durch das Gutachten angestoßenen normativen Entscheidungsprozesses und damit auf die Mitteilung eines exemplarischen Falls, an dem man sich orientieren könne.

§ ***Wenn das forensische Gutachten zur Verfahrenseinstellung führt oder im Gutachten Voraussetzungen für die Anwendung des § 20 StGB vorgeschlagen werden, dann ist es ohne Bedeutung, ob sich der Fall vor oder nach der Abschaffung des § 217 StGB ereignet hat.***

In allen drei Fällen wurde – ausgehend von der Rede über eine „Verdrängung“ der Schwangerschaft einerseits und mit Rückgriff auf die von Gerchow beschriebene psychologische und biologische Einheit von Schwangerschaft und Geburt andererseits – in Richtung einer Exkulpierung argumentiert. Dabei wurde jedoch außen vor gelassen, dass im Rahmen des in jedem Falle allein schon natürlich gegebenen Zusammenhangs die „Verdrängung“ der Schwangerschaft und die Tötung des Kindes unter der Geburt zwei dann doch auch wieder völlig verschiedene Dinge sind, die keineswegs zwangsläufig eine Einheit insofern bilden, als einem bestimmten Erleben der Schwangerschaft ein bestimmtes Verhalten nach der Geburt zugehören müsste. Wie könnte es sonst sein, dass „Verdrängung“ der Schwangerschaft ohne forensische Komplikationen nach den Ausführungen von Wille und Beier (1994) und Wessel et al. (1998) 10-mal häufiger als „Verdrängung“ mit nachfolgender Tötung eines Kindes vorkommen soll. Wenn aber nun bekannt ist, dass das Phänomen, dem sich Sexualwissenschaftler und Gynäkologen mit dem Begriff der „Verdrängung“ zu nähern suchen, 10-mal häufiger die Geburt eines gesunden, zumindest eines nicht durch die „Verdrängung“ geschädigten Kindes, statt eine Kindstötung zur Folge hat, dann ist doch aus forensischer Perspektive die Beantwortung der Frage von entscheidender Bedeutung, warum es

in einem von zehn Fällen verhängnisvoll anders ist. Diese Frage kann aber nicht durch ein (gynäkologisches oder sexualmedizinisches) Gutachten über die „Verdrängung“ beantwortet werden. Die Bemühungen Gerchows waren darauf orientiert, die Kindstötung unter der Geburt über die Darstellung eines Zusammenhanges motivisch verständlich machen zu wollen, nicht aber darauf gerichtet, eine bestimmte Beurteilung präjudizieren zu wollen. Trotz der Beschreibung des Zusammenhanges zwischen der im weit gefassten Sinne „verdrängten“ – nicht verkannten! – Schwangerschaft und der Tötung des Kindes unter der Geburt hat Gerchow die mit dem einsetzenden Geburtsvorgang gegebene Zäsur nicht aus dem Blick verloren. Da Verheimlichung von Schwangerschaft und Geburt nicht mehr strafbar sind, erhebt sich erst nach der Tötung des Kindes die Frage, über welches Motiv welches Entscheidungsverhalten im Sinne von Tun oder Unterlassen durch den Vorgang der Geburt unter Berücksichtigung der sicher oft bis in den Geburtsvorgang hinreichenden Abwehrvorgänge – um den Begriff der „Verdrängung“ nun zu verlassen – in Gang gebracht wird. Zur Beantwortung dieser forensisch-psychiatrisch letztlich allein relevanten Frage können die Beschreibung der Persönlichkeit der Frau, ihrer Lebenssituation und der Phänomenologie der abgewehrten Schwangerschaft zwar hinleiten, doch kann diese Frage allein dadurch nicht beantwortet werden.

Das heißt mit anderen Worten, dass mit der Rede von der „Verdrängung“ für die Beurteilung noch nichts gewonnen ist, sondern die eigentlich zu leistende Aufgabe, nämlich die Formulierung der Diagnose, die Bestimmung des Eingangsmerkmals und vor allem die Darstellung der tatkausalen Bedeutung der psychopathologisch relevanten Störung im Rahmen der hermeneutisch geleiteten Handlungsanalyse erst noch zu leisten ist. So stellt sich angesichts der in den *Fällen 7 und 9* getroffenen normativen Entscheidungen konkret die Frage, was sich zwischen dem Erleben des Geburtsvorganges im *Fall 7* bis zum Ablegen des Kindes vor der ca. 300 m entfernten Sozialstation und im *Fall 9* in der Zeit der Auseinandersetzung „mit den Folgen der Geburt für sich und ihre Familie“ (nach dem zweiten Urteil) bis zum Verstecken der Kindesleiche im Keller an Entscheidungsverhalten aus welcher Motivation heraus vollzogen hat. Der *Fall 8* liegt offenkundig anders und ist insofern von Interesse, als trotz der Beschreibung der das Erleben im Vorfeld der Geburt bestimmenden „verdrängten“ Schwangerschaft dann im Rahmen der Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit auf den psychischen Zustand unter und nach der Geburt sowie auf die Umstände orientiert worden ist, die dadurch gekennzeichnet waren, dass sich die Betroffene in ihrer Verfassung und offenbar fast noch in der Geburtssituation nicht für ein Tun oder Unterlassen entscheiden musste, sondern sich dem Aktionismus der anderen überantworten durfte, die übersehen haben, was nicht zu erwarten war.

Als *erste Positionsbestimmung* ist festzuhalten:

Die Beachtung des Zusammenhanges zwischen dem Erleben der (abgewehrten) Schwangerschaft und der Geburt ist wesentlich, wenn man die Tötung des Kindes unter oder nach der Geburt *motivisch* verständlich machen will.

Die Beurteilung der Verantwortungsfähigkeit ergibt sich aber nicht daraus, sondern wird erst dann möglich, wenn man unter Beachtung der Zäsur, die für die Frau mit der Geburt gegeben ist, dem methodischen Algorithmus der Begutachtung folgt.

5.8.2 Fähigkeitsverlust oder Fähigkeitsgebrauch?

Es darf allgemein ein Konsens dahingehend unterstellt werden, dass nach der Festlegung auf eine Diagnose und der Zuordnung der Diagnose zu einem Eingangsmerkmal des Gesetzes in einem *zweiten Schritt des Beurteilungsverfahrens* die Frage zu beantworten ist, ob und wie sich die Störung auf die Fähigkeit (hier: Steuerungsfähigkeit) auswirkt, die unter juristischen Aspekten für die Entscheidungsfindung von Interesse ist. Diesem Konsens gehört zu, dass allein mit Rückgriff auf die Diagnose keine direkte Aussage über die Beeinträchtigung der interessierenden Fähigkeit möglich ist. Dazu braucht es den Rückgriff auf den für den Tatzeitpunkt rekonstruierten psychischen Befund, da nur unter Berücksichtigung der Intensität, d. h. des Ausprägungsgrades der psychischen Störung – was sich nicht aus der Diagnose selbst ergibt – eine (empirisch begründete) Aussage über die (mögliche) Beeinträchtigung von Fähigkeiten getroffen werden kann. Was in den verschiedenen Bereichen des Rechts als Fähigkeit (Arbeits-, Erwerbs-, Berufs-, Delikts-, Geschäfts-, Testier-, Prozess-, Einwilligungs-, Vernehmungs-, Verhandlungs-, Haft-, Schuld-, Widerstandsfähigkeit etc.) zu einem Rechtsbegriff wird, ist – in der Regel – nicht definiert worden. Die genannten Fähigkeiten werden dem normalsinnigen erwachsenen Menschen zugeschrieben und sind deshalb nicht an sich zu problematisieren. Es gehört der Freiheit des Menschen zu, ob und welchen Gebrauch – den normabweichenden Gebrauch eingeschlossen – er von seinen Fähigkeiten machen bzw. nicht machen will. Im Rahmen der Begutachtung ist somit streng zu unterscheiden zwischen der *empirisch begründbaren Beeinträchtigung* der interessierenden Fähigkeit durch psychische Störung oder Krankheit einerseits und dem motivationsbedingt *unzureichenden oder normabweichenden Gebrauch* derselben andererseits. Dabei ist dem Sachverständigen dringend die enge Anbindung seiner Aussagen an die empirische Fassbarkeit des Bedingungsgefüges der Beeinträchtigung zu empfehlen, während der Jurist seine Entscheidungen unter Inanspruchnahme des ihm zur Verfügung stehenden normativen Bewertungsspielraumes treffen kann.

Der *Blick in die Geschichte* lässt erkennen, dass die Privilegierung der Kindstötung ein rechts- und kulturgeschichtliches, nicht aber ein medizinisches

oder gar psychiatrisches Ereignis gewesen ist. Das hinderte die Sachverständigen nicht, zunehmend eine Art Sachwalterfunktion mit Blick auf die Illustration des Zustandes unter der Geburt oder der „Verdrängung" der Schwangerschaft übernehmen zu wollen. Das hat zwar einen Wechsel der Privilegierungsgründe in der oben beschriebenen Weise begünstigt, ist aber nie so recht und vor allem nicht überzeugend gelungen.

§

Ein Blick in die Gegenwart lässt erkennen, dass sich die Juristen, trotz vieler Warnungen, die auch von Sachverständigen ausgegangen sind, des privilegierten Tatbestandes der Kindstötung ohne Not beraubt haben oder haben berauben lassen. Das kann nun keinesfalls – wie von A. Rohde (2001) empfohlen und wie bereits erwähnt – zur Folge haben, dass die Privilegierungsgründe durch den Sachverständigen über die Empfehlung der Anwendung der §§ 20 und 21 StGB in das Verfahren transportiert werden. Davor hat auch Maneros gewarnt, wenn er davon spricht, dass eine „Instrumentalisierung der Psychiatrie, auch wenn das für einen ‚guten Zweck' ist" (1998, 179) vermieden werden müsse.

Um das Verhältnis zwischen der empirisch fassbaren Auswirkung einer Störung und dem aus einer übermächtig werdenden Notlage kommenden Einengung der Wahrnehmungsperspektive des Problems mit zugehörigem Motiv zu illustrieren, kann an die Skizzierung der Geschichte der *Frau C. D.* (*Fall 2*) angeknüpft werden. Dem Landgericht wurde im Gutachten dargelegt, dass der leichten Intelligenzminderung und dem Bildungsdefizit bei Vergleich mit der kulturellen, religiösen und familiären Prägung und Einbindung nur marginale Bedeutung für das Entscheidungsverhalten zugekommen ist, und zwar insofern, als zu der Furcht, durch den Vater aus der Familie in Schande verstoßen zu werden, das Wissen hinzugetreten ist, allein in sozialer Hinsicht nur unzureichend zurechtzukommen. Durch das LG wurde im Ergebnis juristischer Bewertung der Problematik ohne Anwendung des § 21 StGB auf eine Freiheitsstrafe in Höhe von fünf Jahren erkannt. Gegen das Urteil des LG wurde von der Angeklagten über ihren Verteidiger Revision eingelegt, die u. a. damit begründet wurde, dass sie im Alter von 15 Jahren von einem Baum gefallen sei und sie sich dadurch nicht näher benannte Verletzungen am Kopf zugezogen habe. Der Gutachter habe es unterlassen, eine Hirnschädigung auszuschließen, und sei dazu auch nicht in der Lage, weil dass durch einen „Hirnfacharzt" geklärt werden müsse. Darauf wurde durch den BGH kein Bezug genommen, wenn das Urteil des LG im Strafausspruch aufgehoben und die Sache im Umfange der Aufhebung zu neuer Verhandlung und Entscheidung an eine andere Strafkammer des LG zurückverwiesen wurde. Es heißt vielmehr:

„Zwar mag es zutreffen, daß die festgestellte intellektuelle Minderbegabung der Angeklagten, der mit der Geburt verbundene Ausnahmezustand und die von der Angeklagten empfundene Ausweglosigkeit ihrer Situation jeweils für sich genommen nicht geeignet gewesen wäre, eine erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit herbeizuführen. Das Landgericht hätte jedoch im Rahmen einer Gesamtwürdigung prüfen müssen, ob nicht das Zusammentreffen aller genannten Umstände hinreichend Anlaß gab, die uneingeschränkte Schuldfähigkeit der Angeklagten zur Tatzeit in Frage zu stellen. (vgl. BGHR StGB § 21 – Ursachen, mehrere 5). Daß die Angeklagte ein rational nachvollziehbares Motiv für die Tötung des neugeborenen Kindes hatte, vermag eine Einschränkung ihrer Schuldfähigkeit zur Tatzeit nicht grundsätzlich auszuschließen“ (BGH Beschluss vom 14.12.1999, 5 StR 534/99).

Die mit Blick auf die erneute Verhandlung in dieser Sache veranlasste Diagnostik (EEG und Computertomographie des Schädels) ergab erwartungsgemäß Normalbefunde, nachdem bereits im Ergebnis klinischer Diagnostik nicht vom Vorliegen von Hirnschadensfolgen auszugehen war. Eine Veranlassung, vom Begutachtungsergebnis abzuweichen, bestand nicht, zumal seitens des BGH nicht auf die Nachbesserung des Gutachtens, sondern richtungweisend auf normative Abwägungen im Rahmen einer Gesamtwürdigung orientiert wurde. Es wurde nun auf ein geringeres Strafmaß erkannt.

Der Fall gibt den Anlass, auf die Mitteilung von V. Grozdanic und U. Karlavaris-Bremer (1998) hinzuweisen, nach der im ersten StGB „des sozialistischen Jugoslawien von 1951, das für alle Republiken (…) galt, (…) der Unterschied zwischen dem ehelichen und nichtehelichen Kind nicht mehr bestand und die seelische Störung der Gebärenden zum einzigen Motiv für die Privilegierung wurde.“ Alle nachfolgenden Abänderungen des Gesetzes hätten sich auf den Strafrahmen, nicht aber auf das Motiv bezogen, doch sei sowohl unter Juristen als auch unter Medizinern immer ungeklärt geblieben, ob das Bestand haben könne und was alles unter „seelischer Störung“ zu verstehen sei. Eine „Geburtspsychose“ sollte damit jedenfalls nicht gemeint sein. Es wurden 15 in Deutschland geschehene mit 15 in Kroatien geschehenen Fällen vor allem hinsichtlich der Motivlage verglichen und für die 28 von 30 Fällen, in denen von den Frauen „das Motiv ihrer Tat klar benannt“ werden konnte, zusammengefasst:

„In allen diesen Fällen kommt das Motiv der Angst zum Ausdruck: Angst vor den Reaktionen der Umwelt auf das nichteheliche Kind, Angst vor dem eigenen Vater und dem Kindesvater, Angst vor der Mutter; Angst vor der Schande und vor Ablehnung der Umwelt; Angst vor der Zukunft und der Verantwortung als Mutter. Alle diese Ängste sind noch mit kulturologisch-sozialen und ökonomischen Ängsten verbunden“ (ebenda, 196).

Der einzige Unterschied, der ebenso logisch wie verständlich sei, sei der gewesen, „dass das Motiv Angst, bedingt durch eine schwere materielle Situation, in den kroatischen Fällen weitaus häufiger vorkommt.“ Damit wurde nicht nur auf Ehrennotstand und materiellen Notstand als Nötigungsrelation

orientiert, sondern – ausgehend vom Vergleich eines veralteten (Nichtehelichkeit des Kindes in Deutschland) und eines unangemessenen (seelische Störung in Kroatien) Privilegierungsgrundes – darauf hingewiesen, dass die Unterschiede der gesetzlichen Regelungen in der Praxis verwischt würden und sich der Schluss aufdränge, dass „solche Gesetzesregelungen, die mehrere Motive zur Privilegierung der Straftat Kindsmord enthalten, wesentlich besser, angemessener und damit auch gerechter sind“ (ebenda, 197).

Über die Tauglichkeit dieses Vorschlages mögen Juristen befinden, zumal sich Psychopathologie auf dem Wege zu Ex- und Dekulpierungsvorschlägen nicht auf Motivforschung gründen kann. Wissend darum, dass das Kosovo zwar im früheren Jugoslawien, nicht aber in Kroatien liegt, lassen sich an dem im *Fall 2* ergangenen Entscheidungen und der dazu referierten Arbeit zwei Sachverhalte aufzeigen: Zum einen ist auch anderenorts der Weg vom Ehrennotstand über die Hinwendung zum Zustand der Mutter unter der Geburt und schließlich zurück zur Beschreibung der subjektiven, das Erleben von Schwangerschaft und Geburt determinierenden Notlage der Frau, nun aber unter Verzicht auf die Bindung an den Familienstand, gegangen worden. Zum anderen bleibt die Bewertung der subjektiven Notlage auch dann ein im juristischen Verantwortungsbereich – und außerhalb der Diskussion über das Vorliegen von empirischen Voraussetzungen für die Annahme verminderter Schuldfähigkeit – liegendes Problem, wenn in unzeitgemäß anmutender Weise kulturelle Faktoren, Bildungsdefizit, religiöse Fixierung und hierarchische Familienstrukturen zu den das Entscheidungsverhalten der Frau bestimmenden Faktoren werden.

Wurde eben illustriert, dass die Gesamtwürdigung unter Ausschöpfung des normativen Wertungsspielraums eine Milderung des Strafmaßes zur Folge haben kann, ohne dass sich etwas an den empirischen Grundlagen der Schuldfähigkeitsprüfung geändert hat, soll ergänzend dazu auf den *Fall 4* hingewiesen werden, der sich von anderen durch das hohe Strafmaß und damit durch Strafzumessungsüberlegungen in die andere Richtung abhebt. Details können aber ebenso wenig berichtet werden, wie weiterführende Betrachtungen angezeigt sind, da sich dieser Fall noch beim BGH zur Entscheidung befindet. In öffentlicher Hauptverhandlung, in der Frau H. keine Angaben zu Lebenslauf und Tatvorwürfen gemacht hat, wurde erörtert, was nachstehend hinsichtlich der zeitlichen Abfolge der Ereignisse zusammengefasst wird.

Frau G. H. (*Fall 4*) entwickelt sich bei sehr guten intellektuellen Voraussetzungen aus einem durch Fürsorglichkeit und Verwöhnung gekennzeichneten und auf tatkräftig-praktische Lebensbewältigung ausgerichteten Milieu einer größeren Familie heraus zu einer jungen Frau, deren Selbstverständnis durch das Wissen um die eigenen Fähigkeiten, eine dem zugehörige Anspruchshaltung und den Wunsch nach Autonomie gekennzeichnet ist, der aber auch unzureichende Anstrengungsbereitschaft und ein Selbstbehauptungsdefizit zugehören. Dadurch wird begünstigt, dass sie fortan eher durch die Lebensumstände als durch ein aktiv anmutendes Entscheidungsverhalten getragen und auf diesem Wege in eine zunehmend als unbefriedigend erlebte Partnerbeziehung

hineingetragen wird. Nach sehr gutem Schulabschluss (10. Klasse, aber Ablehnung eines weiterführenden Schulbesuchs) und Berufsausbildung zur Zahnarzthelferin wird später nur sporadisch und für kurze Dauer gearbeitet. Nach der Geburt des ersten Kindes im 18. Lebensjahr folgen Heirat, Lösung von der Primärfamilie und Geburt des zweiten Kindes im 19. sowie Geburt des dritten Kindes im 21. Lebensjahr. Nachdem das zweite Kind nach den Angaben der Frau H. vom Ehemann noch hingenommen worden sei, habe er nach der Kenntnisnahme der dritten Schwangerschaft „getobt", da dieses Kind ihm unerwünscht gewesen sei. Im Alter von 22 Jahren wurde Frau H. ein viertes Mal schwanger. Diese Schwangerschaft habe sie erst im siebenten Monat bemerkt. Einen Arzt habe sie nicht aufgesucht. Zwar sei sie der Auffassung gewesen, dass dort, wo drei Kinder satt würden, auch ein viertes Kind satt werden könne, doch habe sie sich nicht getraut, dem Ehemann von der Schwangerschaft zu berichten. Nach der Tötung dieses Kindes kam es in den nachfolgenden 10 Jahren zur Tötung weiterer 8 Kinder, wobei mit Ausnahme eines während eines Lehrgangs in einer Pension geborenen Kindes alle Kinder in der von fünf Personen bewohnten „Neubauwohnung" geboren worden sind und der Ehemann weder von den Schwangerschaften noch von den Geburten etwas bemerkt habe. Die im Zeitraum von zehn Jahren getöteten neun Kinder wurden sieben Jahre nach der letzten Kindstötung, drei Jahre nach dem Auszuge des Ehemannes mit den drei Kindern aus der gemeinsam bewohnten Wohnung und zwei Jahre nach der Geburt eines von einem anderen Mann stammenden 13. Kindes in mit Erde gefüllten Behältnissen auf einem im Familienbesitz befindlichen Grundstück gefunden. Es wurde im Urteil des Landgerichtes davon ausgegangen, dass Frau H. die Kinder durch Unterlassen getötet hat, indem sie sie hat liegen lassen, bis der Tod durch Unterkühlung eingetreten ist. Es gibt Hinweise darauf, dass das Verbringen der Kinder in die mit Erde gefüllten Behältnisse und die Lagerung dieser Behältnisse auf dem Balkon der Wohnung bis zur Räumung der Wohnung aus psychiatrischer Sicht als eine Art Beerdigung aufgefasst werden kann.

Frau H. hat sich dem Gutachter gegenüber nur zum Lebenslauf geäußert – das allerdings sehr ausführlich –, nicht aber zur Sexualität in der Partnerbeziehung, zum Thema Kontrazeption, zum Erleben der Schwangerschaften, zu den Geburtsereignissen und zu den Tatvorwürfen. In den ersten Beschuldigtenvernehmungen sind Äußerungen dazu nur ansatzweise erfolgt. Es wurde im Gutachten versucht, eine Beziehung zwischen den Persönlichkeitsbesonderheiten der Frau H., ihrer Lebenssituation und der ersten Kindstötung aufzuzeigen, die mit bekannten empirischen Feststellungen in Übereinstimmung zu bringen ist. Weiter wurde die Frage aufgeworfen, welche Entwicklung für die Zeit nach der (aus juristischer Sicht verjährten) ersten Kindstötung in Verbindung mit dem nun einsetzenden und sich sukzessive bis zur Abhängigkeit entwickelnden Alkoholabusus mit welchen Folgen für das Erleben und Verhalten, möglicherweise für das Erleben- und Sich-verhalten-Können, hätte beschrieben werden können, wenn sich Frau H. ausführlich dazu geäußert hätte. Eine forensisch-psychiatrische Beurteilung kann aber nicht auf Spekulationen gründen, sondern muss sich an das Wissbare

halten. Dem Spektrum der Möglichkeiten im Zuge der Bestimmungen der Autonomie-Heteronomie-Relation auf dem Wege zur Feststellung verminderter Schuldfähigkeit (Lammel 2007) gehört u. a. zu, dass der Proband durch die Inanspruchnahme einer Orientierung auf die eigene Autonomie, die auch durch Schweigen möglich ist, die Chance erhöhen kann, dass an der ihm vom Gesetzgeber zugeschriebenen Schuldfähigkeit nicht gezweifelt wird.

Als *zweite Positionsbestimmung* lässt sich formulieren:

Der durch Nötigungsrelationen bewirkte normabweichende Gebrauch von Fähigkeiten als häufiges Ereignis darf nicht mit dem durch psychische Störungen bedingten Fähigkeitsverlust als seltenem Ereignis verwechselt werden, sondern muss dagegen abgegrenzt werden.

Das heißt zugleich, dass die potenziellen De- und Exkulpierungsgründe qualitativ anderer Art sind, als in historisch gewachsenen Traditionslinien stehende Privilegierungsgründe.

5.8.3 „Verdrängung" und krankhafte seelische Störung?

Den von Bauer (1997) publizierten *Fall 8* hat Wille (1997) kommentiert. Nach dem Verweis auf die Beschreibung des „Phänomens der Schwangerschaftsverdrängung" durch Gerchow wurde noch einmal darauf eingegangen, dass die „erstaunliche, mitunter nahezu unglaubliche psychosomatische ‚Negierung' der Gravidität" in der klinischen Geburtshilfe häufiger als im forensischen Kontext begegne. Jeder erfahrene Geburtshelfer kenne „das Phänomen der subjektiv nicht erkannten Schwangerschaft", welches Folgen für das Verhalten der Frauen nach der Geburt habe, keinesfalls aber immer zur Kindstötung führe. Beispielhaft wird erwähnt: „Eine Frischentbundene (ver-)leugnete sogar vehement die eben stattgehabte Geburt (‚Ich habe nicht geboren, das ist nicht mein Kind'). Das in der Tat rätselhafte Geschehen der negierten oder verdrängten Schwangerschaft entzieht sich einer juristischen Einordnung nach herkömmlichen Maßstäben des subjektiven Tatbestandes" (ebenda, 248f.).

Es darf gefragt werden, ob es das tatsächlich tut. Die großzügige Bezeichnung der gemeinten komplexen Phänomenologie mittels der Verben „verdrängen", „negieren", „verkennen" und „verleugnen" erweckt den Eindruck, dass das Ganze Eines sei und es einer begrifflichen Klarheit nicht bedürfe, sondern die unsystematische Periphrase mit dem Verweis auf Komplexität gerechtfertigt werden könne. Es wurde in gegenläufiger Tendenz dazu oben dargestellt, dass in der Terminologie von Gerchow das „Verdrängen" ein Erkennen oder wenigstens ein Ahnen zur Voraussetzung hat und der Begriff über diese Fokussierung als „Nicht-wahrhaben-Wollen" und als Abwehr der Schwangerschaft eine Kontur gewann, zumal er nicht in einem Verhältnis zur Verheimlichung aufzuwerten versucht wurde. Auch wurde angedeutet, dass eine „Kri-

teriologie“ (Wille und Beier 1994), die für die Rede von „Verdrängung“ eine „subjektive Gewissheit der Schwangeren, nicht schwanger zu sein“ und Fehlen bzw. „subjektiv hinreichende Umdeutungen“ von Schwangerschaftszeichen sowie ein an subjektiver Gewissheit und Umdeutung der Realität orientiertes Sozial- und Sexualverhalten fordert, nicht „Verdrängung“ nach Erkennen oder Ahnung meint, sondern vorher noch auf die Beschreibung einer *Störung des Urteils* – noch nicht einmal des Urteilsvermögens – hinsichtlich des Für und Wider des Vorliegens einer Schwangerschaft zielt, die sich im Nicht-Wissen, Nicht-Erkennen, Verkennen, Umdeuten von Wahrnehmungen und der Orientierung an den sich später als realitätsfremd erweisenden Voraussetzung zeigt. Mühelos lassen sich mit Rückgriff auf alle von Wille und Beier (1994) mitgeteilten acht Kriterien des der Forschung anempfohlenen Maßstabs auch die alltagsrelevanten Störungen des Urteils erfassen, die als Irrtum begegnen oder Ausdruck einer Unkorrigierbarkeit sind, die einer außerhalb des Pathologischen liegenden Grundhaltung zugehört. Da Unkorrigierbarkeit ein Begriff der Leistungspsychologie, nicht aber der Phänomenologie ist, worauf durch Jaspers (1946) hingewiesen wurde, lässt sich das Wesen dessen, was Wille und Beier als „Verdrängung“ verstehen wollen, nicht mit den vorgeschlagenen Kriterien beschreiben.

Fragt man aber nach den erlebten Phänomenen, die das Wesen der Unkorrigierbarkeit ausmachen, dann wird der Blick auf die *Störungen des Urteilsvermögens* gelenkt. Es lässt sich nun erkennen, dass mit der „Kriteriologie“ unreflektiert etwas zum Ausdruck gebracht wurde, das durch den Hinweis auf eine Frau, die nicht geboren habe, sodass es folglich nicht ihr Kind sein könne (Wille 1997, Wille und Beier 1994, 95, dort als Beispiel für „extremste ‚Negierung‘“ angeführt), unterstrichen wurde. Begegnet in Einzelfällen eine solche Phänomenologie, die in Richtung einer Störung des Urteilsvermögens weist, dann wird man zu fragen haben, wie sich diese subjektive Realität für diese Frau konstituiert hat. Der Psychopathologe weiß, dass die Frage der wesentliche Ausgangspunkt für jede phänomenologische Untersuchung *wahnhaften und wahnähnlichen Erlebens* ist. Dabei meint Wahn nicht nur das, was durch Jaspers zeitlos apodiktisch vermittelt wurde, sondern darüber hinaus das, was den Bedeutungshof des Wahns als „idiosynkratische Annahme, also ein Meinen, Vermuten, Zuschreiben“ und des Wähnens als „ein präverbales Ahnen, das erst nachträglich mühsam eine begriffliche Sprachgestalt erhält und in eine textuelle bedeutungsträchtige Narration übergeführt wird“ (Scharfetter 2003a, 66, siehe auch: Scharfetter 2003b) als dem Zentrum der weit darüber hinausreichenden Phänomenologie der „Wahn-Familie“ ausmacht.

Unter diesem Vorzeichen wurde im Rahmen des Plädoyers für die Verwendung des Begriffes der abgewehrten Schwangerschaft als ein Pol des Spektrums der Phänomenologie der abgewehrten Schwangerschaft gesehen, dass aus der subjektiven Gewissheit einer nicht bestehenden Schwangerschaft heraus die Anzeichen dafür und insbesondere die Zuschreibungen durch die

anderen abgewehrt werden. Das ist, insbesondere dann, wenn es wie von Wille berichtet, als eine nicht nur das Fehlen einer Schwangerschaft betreffende, sondern auch die Geburt überdauende und selbst durch die Geburt nicht korrigierbare subjektive Überzeugung fortbesteht, von deutlich anderer psychopathologischer Qualität als die durch die ungefähre Ahnung oder Erkenntnis der Schwangerschaft bewirkten und auf potenzielle Denk- und Erfahrungsmöglichkeiten gerichteten, sich auch im Psychosomatischen manifestierenden Abwehrvorgänge nach innen und außen. Das kann schließlich als psychopathologische Referenz von entscheidender Relevanz für die forensisch-psychiatrische Beurteilung sein, denn man müsste die tatkausale Bedeutung einer wahnhaften Störung nach der Vorentscheidung für das Eingangsmerkmal der krankhaften seelischen Störung prüfen. Aus der Möglichkeit der Negation der Fähigkeiten durch eine wahnhafte Störung – bei Orientierung an „Psychose und Wahn als Maß“ (Janzarik 2000) – ergibt sich mit Rückgriff auf das psychopathologische Faktum der Identität von Freiheitsverlust und Geisteskrankheit (Luthe 1988), dass für diese Fälle Voraussetzungen gegeben sein können, um vom Vorliegen von Unfähigkeit in jeder Hinsicht zu reden. Das wird aber die seltene Ausnahme bleiben, doch wird sich der Fall finden lassen, an dem das ausgearbeitet und exemplifiziert werden kann.

Erst und nur die Schwangerschaftsabwehr, die eine wahnhafte Dimension erreicht, ist sinnvoll als „das Gegenstück der eingebildeten Schwangerschaft“ (Wille und Beier 1994), der Pseudocyesis, der wahnhaften Überzeugung, schwanger zu sein, zu bezeichnen. Die Hinwendung zu einer die Beurteilung vorbereitenden und tragenden psychopathologischen Sichtweise auf dem Weg zur Aussage über die Schuldfähigkeit schließt unter Berücksichtigung dessen, was dem Inhalt und dem Umfang nach einem psychopathologischen Referenzsystem (Saß 1991) zugehört, die Erfassung verständlicher Zusammenhänge, psychosomatischer Reaktionsbildungen etc. ebenso wenig aus, wie die Rezeption von Ergebnissen der wissenschaftlichen Kriminologie über das Zustandekommen kriminellen Verhaltens. Doch kann sie auf Mystifikationen verzichten, mit denen Sachverhalte aus dem phänomenologischen Spektrum der abgewehrten Schwangerschaft als „Irrationalismus“ bezeichnet werden, „der an vormenschliche Seinsebenen denken läßt, so als ob die Natur die Kultur in uns zurückdrängt und ‚animalisches‘, sich medial ereignendes Verhalten zum Vorschein bringt“ (Wille und Beier 1994, 91).

Als *dritte Positionsbestimmung* ist auf Folgendes zu orientieren:

Eine von der Beschuldigten für die Zeit der Schwangerschaft angegebene subjektive Gewissheit, nicht schwanger gewesen zu sein, ein durch diese subjektive Gewissheit bei Ausschluss des Zweifels bestimmtes Sozialverhaltens, die Schilderung von Verkennung und Umdeutung

von Schwangerschaftszeichen sowie fehlende Fremdwahrnehmungen oder die Abwehr von Fremdwahrnehmungen sind kritisch als Möglichkeit des Vorliegens einer überwertigen Idee oder wahnhaften Störung gegen Irrtum und Unkorrigierbarkeit abzugrenzen.

Das wird die seltene Ausnahme sein, die psychopathologisch noch auszuarbeiten und dann hinsichtlich der Auswirkungen auf die Steuerungsfähigkeit über das Eingangsmerkmal der krankhaften seelischen Störung zu diskutieren ist.

5.8.4 „Verheimlichung" und schwere andere seelische Abartigkeit?

Verheimlichung – früher Tatbestandsmerkmal des privilegierten Delikts der Kindstötung, später artifizieller Gegenpol zur „Verdrängung" – ist an sich kein Indikator für etwas mit Folgen für die Beurteilung der Steuerungsfähigkeit.

Auf den ersten Blick fällt auf, dass das Verhältnis der *Frau A. B. (Fall 1)* zu der der Kindstötung vorangehenden Schwangerschaft durch Verheimlichung dieser unerwünschten Schwangerschaft bestimmt wurde. Die Erörterung der hier kurz skizzierten Lebensgeschichte der Frau B. führte zum einen zu der Feststellung, dass diese Verheimlichung nur ein von außen wahrnehmbares Merkmal war, hinter dem Scham und Selbstzweifel, Ratlosigkeit bis zur Entschlusslosigkeit und Fatalismus bis zur Resignation verborgen blieben bzw. erst aufgedeckt werden mussten. Zum anderen war zu erkennen, dass hinter der Dimension der psychopathologisch relevant zu nennenden Verfassung nicht allein das Erleben dieser Schwangerschaft gestanden hat, sondern mit dem Erleben von vier Schwangerschaften eine Lebensbilanz verbunden war die durch die von Frau B. gewählte Formulierung, ein „Pechvogel" zu sein, kaum veranschaulicht werden konnte.

Nachdem die Öffentlichkeit durch die Polizei über das Auffinden eines toten männlichen Säuglings informiert worden war, teilten ca. vier Wochen später Kolleginnen der Frau B. mit, dass diese bis vor kurzem mutmaßlich schwanger gewesen sei. Sie habe die Schwangerschaft energisch bestritten und die Zunahme des Bauchumfangs durch einen gebeugten Gang zu verdecken versucht. Frau B. bestritt in der ersten Beschuldigtenvernehmung, schwanger gewesen zu sein. Später wurde mitgeteilt, dass die Geburt vor 25 Tagen erfolgt ist. Nach anfangs widersprüchlichen Angaben wurde durch das Vorlegen der Autoschlüssel zu erkennen gegeben, dass sich das Neugeborene im Auto befindet. Es wurde dann auch im Kofferraum des Pkw der Frau B. ein totes Neugeborenes aufgefunden. Über die Geburt wurde von Frau B. berichtet, dass sie am Tage der Geburt des Kindes bei ihrer Mutter zum Mittagessen gewesen ist. Die bereits seit einigen Tagen andauernden Schmerzen im Rücken seien stärker geworden. Sie sei nach Hause gegangen und habe dort im Badezimmer vor der Badewanne ein Mädchen bekommen. Die Geburt sei teils in der Hocke, teils im Liegen verlaufen, und der Geburtsvorgang habe ca. zehn

Minuten gedauert. Nachdem anfangs berichtet wurde, dass das Kind keine Lebenszeichen von sich gegeben habe und sie es in Plastiktüten sowie danach schließlich im Kofferraum des Pkw „Trabant" verstaut habe, wurden zu späteren Zeitpunkten, insbesondere in der Hauptverhandlung, andere Angaben gemacht. Sie habe das Kind in ein Laken eingewickelt. Das Kind habe manchmal gewimmert und auch manchmal geschrien. Ihr sei alles zuviel geworden. Sie habe sich eine Decke geholt, sich zugedeckt und sei dann eingeschlafen. Schließlich sei sie munter geworden, aufgestanden und habe auf das Gesicht des Babys gedrückt, weil sie das Schreien genervt habe. Sie habe nur gewollt, dass das Kind ruhig werde. „Ich habe das Kind so ein bisschen in die Couch reingedrückt. Dann habe ich von dem Kind abgelassen und es nicht mehr angesehen. Das Baby war dann ruhig, und ich bin dann irgendwann im Sessel eingeschlafen. Ich bin dann ca. halb fünf/fünf Uhr aufgewacht. Nach dem Baby habe ich nicht geschaut. Für mich war das alles zuviel. Ca. eine Stunde später nach meinem Aufwachen habe ich dann das Baby in das Auto gebracht. Ich habe gedacht, dass das Baby nicht mehr leben tut."

Frau B. berichtete, dass sie die Schwangerschaft geleugnet habe, weil es keinen etwas angehe. Sie habe alles in sich hineingefressen. Sie habe sich nicht getraut, mit der Mutter zu reden. Dies habe sie auch wegen ihres schwer kranken Vaters nicht getan. Zu den Arbeitskollegen, die nicht gewusst hätten, dass sie schwanger sei, weil sie immer weite Sachen getragen habe, habe sie keinen sehr guten Kontakt. Sie habe das Kind nicht haben wollen, weil sie schon das vierte Mal von einem Mann sitzengelassen worden sei. In erster Linie habe sie an ihre Arbeit und an ihre Tochter gedacht, zu der sie ein liebes und gutes Verhältnis habe. Wenn sie ins Krankenhaus gekommen wäre, dann hätte sie bestimmt zu der Hebamme gesagt, dass sie das Kind zur Adoption freigeben wolle.

> *„Eigentlich wusste ich gar nicht, was ich wollte. Das Kind wollte ich nicht, das war für mich klar. Vielleicht wollte ich es wirklich ins Krankenhaus bringen, vielleicht auch nicht. Ich weiß es eben nicht. Das mit dem Handdraufdrücken ist mir einfach so eingefallen, weil es wieder schrie. Als ich munter wurde, habe ich, wie ich Ihnen bereits beschrieb, auch nicht nach dem Kind geschaut, das heißt, nicht unter die Decke gesehen. Mir war klar, es ist tot, und es musste weg. Es tut mir leid, aber ich habe nun mal soviel Pech im Leben. An die Leiche im Kofferraum habe ich mich dann nicht mehr rangetraut. Wie lange ich damit noch rumgefahren wäre, weiß ich nicht."*

Zum Werdegang der Frau B. ist zusammenzufassen, dass sie aus einfachen, aber ordentlichen und durch familiären Zusammenhalt gekennzeichneten Verhältnissen kommt. Sie sei „wie andere Kinder auch", gewesen und mit dem Bruder bei den Eltern aufgewachsen, die beide Kinder ohne Unterschied behandelt hätten. Nach dem Abschluss der achten Klasse wurde eine Lehre zur Rinderzüchterin absolviert. Bald folgte die Geburt einer Tochter im Alter von 20 Jahren. Danach hat Frau B. bis zur Tat als Reinigungskraft gearbeitet. Das Leben vollzog sich in sozialer Randständigkeit mit zunehmender Tendenz zur

Vereinsamung: Leben ohne Partner, keine Hobbys, selten ferngesehen, kein Kino, keine Gastwirtschaftsbesuche, keine Freizeitbeschäftigung außerhalb ihrer Wohnung. Eine Nachbarin im gleichen Hausaufgang, die nach ihrer Auffassung nichts vom Tatgeschehen wisse, sei ihre „beste Freundin".

Frau B. berichtete von vier Partnern und davon, dass sie von jedem Partner 1-mal schwanger wurde. Die Beziehungen hätten jeweils ihr Ende durch die Schwangerschaften gefunden.

Der erste Freund ist der erste Sexualpartner, Vater der Tochter, die nach unauffälliger und ärztlich überwachter Schwangerschaft kurz vor dem 20. Geburtstag der Frau B. geboren wird. Der Mann trennt sich nach der Geburt des Kindes von Frau B., behauptet nicht der Vater zu sein – „Vaterschaftstest" beweist das Gegenteil –, heiratet eine andere Frau, zieht in ein gegenüber liegendes Haus, grüßt nicht mehr, doch kann Frau B. fortan in dessen Küche schauen. Die Tochter weiß nicht, dass der Mann der Vater ist. Der Mann spricht das Kind nicht an, hat „seiner Tochter" allerdings früher einmal zu einem Wohngebietsfest eine Bratwurst gekauft. Die zweite Partnerschaft kommt drei Jahre später zustande. Der Partner will ein gemeinsames Kind, Frau B. wehrt ab, weil ihr das eine Kind reiche, sagt ihm das „sehr deutlich", nimmt aber keine Pille, weiß nicht, weshalb sie nie verhütet habe und wird infolge eines „Missgeschicks" schwanger. Noch während der Schwangerschaft lässt sich der Partner nicht mehr sehen. Er habe keinen Grund angegeben. Sie habe nie versucht, die Männer zurückzuholen und nie um die Männer „gekämpft". Da die Schwangerschaft erst spät bemerkt wird, ist es für eine Schwangerschaftsunterbrechung zu spät. Sie fasst den Entschluss, das Kind zur Adoption freizugeben, da sie nicht glaubt, die Erziehung von zwei Kindern allein zu schaffen. Noch vor der Entbindung wird das Jugendamt aufgesucht. Das Kind wird zur Adoption freigegeben. Den dritten Partner lernt Frau B. auf einem Feuerwehrfest kennen, das sie mit ihrer Tochter besucht. Dieser Mann lebt mit einer Frau zusammen, hat eine Tochter, und seine Freundin durfte von dem Verhältnis zu Frau B. nichts wissen. Er besucht Frau B. immer nur stundenweise, um mit ihr zu schlafen. Sie will eigentlich keine Beziehung, da sie schon zwei Enttäuschungen gehabt habe, doch der Mann ist hartnäckig. Frau B. wird schwanger und teilt es ihm mit. Er meint, das Kind sei nicht von ihm, will eine Blutuntersuchung machen lassen. Frau B. winkt ab, er könne sich das sparen, sie werde das Kind nicht behalten und er werde damit keine Probleme bekommen, der Mann bleibt nun weg. Auch in diesem Falle ist die Zeit für eine Schwangerschaftsunterbrechung verstrichen. Sie habe zwar auch dieses Kind zur Adoption freigeben wollen, doch habe sie weder das Jugendamt aufgesucht, noch sonst mit jemanden darüber gesprochen. Sie habe das „nicht geschafft". Es sei ihr sehr peinlich gewesen, dass sie wieder schwanger geworden und das Kind zudem wieder von einem anderen Mann gewesen sei. Die Nachbarin (Freundin) muss es bemerkt haben, denn diese bietet Frau B. an, sie in die Klinik zu fahren. Danach befragt, wie die Schwangerschaft zu verheimlichen gewesen wäre, antwortete Frau B. dass soviel nicht zu sehen gewesen sei. Sie sei nie so

sehr dick geworden. Auch die Tochter habe nichts davon mitbekommen. Mit Beginn der Wehen fragt Frau B. die Nachbarin, die sie daraufhin ins Krankenhaus fährt. Erst dort sagt sie einer Hebamme, dass sie dieses Kind nicht wolle, sondern zur Adoption freigeben werde. Was geworden wäre, wenn die Nachbarin sie nicht auf diese Schwangerschaft angesprochen hätte, wisse sie nicht. Während sie das zweite Kind nicht angesehen und gleich weggegeben habe, habe sie das dritte Kind noch in den Arm genommen. Beiden Kindern hat sie die Namen gegeben. Im Rahmen eines längeren Gespräches über diese Namensgebungen wurde deutlich, dass Frau B. den Kindern mit den Namen etwas habe mitgeben wollen. Es sei ihr beim zweiten Mal schwerer gefallen, das Kind wegzugeben. Zu der vierten Partnerbeziehung und zum Zustandekommen der Schwangerschaft wolle sie keine Angaben machen. Es sei aber ebenfalls eine wenig zukunftsträchtige Beziehung gewesen.

Es konnte im Rahmen der gutachtlichen Beurteilung kein Zweifel daran gelassen werden, dass das, was Gerchow als motivisch entscheidende reaktive Abnormisierung bezeichnet hat, über die Potenzierung eines „prämorbid" gegebenen strukturellen Entgegenkommen in Richtung einer sich verfestigenden Abnormisierung der Stimmung und Antriebsverhalten umfassenden seelischen Struktur überschritten worden ist. Diese Entwicklung wurde nicht allein durch das Erleben dieser vierten Schwangerschaft bewirkt, sondern durch das Erleben aller Schwangerschaften und Partnerbeziehungen auf der zehn Jahre umfassenden Zeit- und Wegstrecke. Sie hatte eine psychopathologische Dimension mit Auswirkungen auf das der Geburt nachfolgende Entscheidungsverhalten erreicht. Es fiel schwer, unter Bezugnahme auf die ICD-10 einen angemessenen diagnostischen Begriff zu finden. Gegen die Annahme einer Persönlichkeitsstörung sprach mindestens ebenso viel, wie gegen die Diskussion einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder einer Anpassungsstörung Das Gericht folgte der vorgetragenen Auffassung, dass man unter Zurückstellung des Zeitfaktors am ehesten vom Vorliegen einer Anpassungsstörung reden könne, deren psychopathologische Dimension die Zuordnung der Störung zum Eingangsmerkmal der schweren anderen Abartigkeit zulasse und Überlegungen in Richtung einer dadurch nicht ausschließbar gegeben gewesenen Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit rechtfertigen könne. Das Gericht hat diesen Vorschlag aufgenommen und auf eine Freiheitsstrafe in Höhe von zwei Jahren erkannt, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde.

Im Sinne einer *vierten Positionsbestimmung* ist davon auszugehen:

Die mit der Phänomenologie der abgewehrten Schwangerschaft und Geburt einhergehenden mehr oder weniger psychopathologisch relevanten dynamischen Aspekte einer Störung (Stimmung und Antrieb) weisen in der Regel in Richtung der Privilegierungsgründe, die her-

kömmlich als „Verdrängung" und als „Zustand unter Geburt" Eingang in die Diskussion gefunden haben.

Eine (über das Erleben der Schwangerschaft hinausreichende, lebensgeschichtlich erworbene) psychopathologisch relevante Abwandlung der seelischen Struktur mit der Folge des Wegfalls von gegenregulatorischen Potenzen (Desaktualisierungsleistungen) hingegen, kann über das Eingangsmerkmal der schweren anderen seelischen Abartigkeit Auswirkungen auf die Steuerungsfähigkeit haben und zum Dekulpierungsgrund werden.

5.8.5 „Ratlosigkeit" und tiefgreifende Bewusstseinsstörung?

Es wurde davon ausgegangen, dass dem durch Persönlichkeitsbesonderheiten begünstigten Abwehrverhalten hinsichtlich einer geahnten oder erkannten Schwangerschaft unter bestimmten Lebensumständen eine Phänomenologie eignet, die Gerchow als reaktive Abnormisierung im Sinne einer zweckintendierten abnormen Erlebnisreaktion des unreifen Menschen in einer soziologischen Belastungssituation beschrieben hat, und die nach der aktuellen Klassifikation als Anpassungsstörung in Form einer Reaktion auf eine schwere Belastung (Diagnose-Nr. F 43.8, ICD-10) zu bezeichnen wäre. Diese Problematik erreichte unter dem Vorzeichen eines weit gefassten Begriffsverständnisses von „Verdrängung" die Diskussion über die Privilegierungsgründe, auf deren Zustandekommen im historischen Rückblick aufmerksam gemacht wurde. Die wesentlichen Privilegierungsgründe – Ehrennotstand, Verheimlichung/Verdrängung und Zustand unter der Geburt – waren geeignet, die Schaffung eines Sonderstraftatbestands der Kindstötung zu rechtfertigen, per se nicht aber schon geeignet, verminderte Zurechnungsfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit zu begründen.

§ ***Einerseits wurde davon ausgegangen, dass der erst durch die ausgebliebene Erweiterung des § 217 StGB auch auf die eheliche Mutter und dann durch die Abschaffung des privilegierten Tatbestands der Kindstötung entstandene Mangel nicht durch einen Rückgriff auf Dekulpierungsgründe geheilt werden kann. Andererseits wurde darauf orientiert, dass die forensische Begutachtung theoretisch geleitet einem methodischen Algorithmus folgen muss, wenn sie zu empirisch begründbaren und nachprüfbaren Aussagen über die Aufhebung und Beeinträchtigung von Fähigkeiten gelangen will. Vor diesem Hintergrund wurde auf psychopathologische Verfassungen aufmerksam gemacht, die sich von den aus juristischer Sicht zu bewertenden Privilegierungs- oder Strafmilderungsgründen abgrenzen lassen und in Ausnahmefällen als wahnhafte Störung über das Eingangsmerkmal der krankhaften seelischen Störung***

und als schwerwiegende Persönlichkeitsveränderung oder -störung über das Eingangsmerkmal der schweren anderen seelischen Abartigkeit Auswirkungen auf die Steuerungsfähigkeit haben können.

Nachdem im Rahmen der auf Grenzziehungen ausgehenden Erörterungen bereits auf Ehrennotstand, „Verdrängung“, Verkennung und Verheimlichung eingegangen wurde, ist nun noch zu ergänzen, dass nicht nur theoretisch in Erwägung zu ziehen, sondern auch empirisch zu belegen ist, dass in Einzelfällen nach vorangegangener abgewehrter Schwangerschaft der „Zustand unter der Geburt“ und insbesondere die über Aschaffenburg in die Diskussion eingebrachte „Ratlosigkeit“ – ein Begriff, der auf dem Weg zur Abulie seit Demokrit von Abdera (460–370 v. Chr.), mit dem Hoffen auf den Zufall im Sinne einer Problemlösung von außen in Verbindung gebracht werden kann – mehr als ein die Privilegierung unbesehen rechtfertigender Zustand sein und die Dimension des *Eingangsmerkmals der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung* erreichen kann. Leitmotiv für diese Zuordnung muss aus psychiatrischer Sicht sein, dass der Störung mit Blick auf das Tatvorfeld (Schwangerschaft) und das spezielle Tatgeschehen (insbesondere für die Variante des Unterlassen unter der Geburt) die Einengung des Wahrnehmungsfeldes bzw. eine Bewusstseinseinengung zugehören, die man auch bei den als Tun erscheinenden affektiv akzentuierten Straftaten im Sinne des Eingangsmerkmals der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung findet. Dies allerdings in inverser Form, da ja Schwangerschaft und Geburt nicht zum zentralen Thema des Denkens bei fehlenden Ablenkungen werden und es über diesen Weg dann zu einer Desaktualisierungsschwäche mit der Folge einer von affektiver Bewegung getragenen Tat kommt, sondern Schwangerschaft und Geburt aus dem Wahrnehmungsfeld und dem Bewusstsein geradezu ausgeblendet werden, was an sich schon eine psychopathologisch bedingte Aktualisierungsschwäche bedeutet, die nun unter der Geburt das Unterlassen nach sich ziehen kann. Sowohl die Fokussierung auf eine bestimmte Thematik mit Einengung des Wahrnehmungsfeldes als auch die Ausblendung einer bestimmten Thematik aus dem Wahrnehmungsfeld haben gleichermaßen die Beeinträchtigung oder das Fehlen der rationalen Übersicht und der moralisch-ethischen Grundausrichtung der betroffenen Person zur Folge, die von entscheidender Bedeutung für die Qualifikation des Geschehens als (sthenisch oder asthenisch) affektiv akzentuierte Straftat sind.

Letztlich sollten nur die Delikte solchermaßen qualifiziert werden, bei denen die Intensität der Bewusstseinseinengung bzw. (nicht organisch zustande gekommenen) Bewusstseinsstörung so groß war, dass es zu qualitativen Veränderungen der psychischen Verfassung gekommen ist, die als tiefgreifend zu bezeichnen sind. Bei der Bewertung empfiehlt sich (im Sinne eines Referenzsystems) die Orientierung an den psychopathologischen Kriterien, die auch mit Blick auf eine alkoholtoxische

oder sonstige organisch bedingte Bewusstseinsstörung zu prüfen sind. Eine „tiefgreifende Bewusstseinsstörung" im Sinne des Gesetzes wird am ehesten dann zu diskutieren sein, wenn es im Zuge der affektiven Erregung oder Erstarrung zu Beeinträchtigungen von Vigilanz, Orientierung, Aufmerksamkeit, Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit, formalem Denkablauf, Selbsterleben, Ein- und Umstellungsfähigkeit sowie der motorischen Bewegungsabläufe kommt.

Dies berücksichtigend kann aus psychiatrischer Sicht durchaus davon ausgegangen werden, dass in den *Fällen 8* (Bauer 1997) und *9* (Wessel et al. 1998) eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung vorgelegen hat, die geeignet war, Auswirkungen auf die die tat- und tatzeitbezogene Steuerungsfähigkeit zu nehmen.

Nicht nur aus psychiatrischer Perspektive zu erwähnen, sondern auch gerichtsbekannt ist, dass im Rahmen der Beurteilung von psychischen Verfassungen i. S. des Eingangsmerkmals der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung der *normative Bewertungsspielraum* angesichts der tatsächlichen empirischen Beurteilungsgrundlage grundsätzlich größer ist, als dies mit Blick auf Krankheiten und Störungen ausgesagt werden kann, die den anderen Eingangsmerkmalen des Gesetzes zugehören. Das hat zwei Konsequenzen:

1. Zum einen wird eine solche psychopathologisch relevante Verfassung im Sinne einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung aus der Sicht des Sachverständigen um so eher mit Auswirkungen auf die normative Entscheidung zu illustrieren sein, wie der Zustand der Betroffenen auch durch Zeugen (wie in den Fällen 8, 9 und im nachstehend referierten Fall 5) tatzeitnah beschrieben werden kann.
2. Zum anderen kommt der Rekonstruktion des Handlungsablaufes im Rahmen der Beweiserhebung besondere Bedeutung für die normative Bewertung des Geschehens zu. Die eben genannten Fälle lassen erkennen, welch große Bedeutung die Entscheidung über die Frage gewonnen hat, ob das Neugeborene durch aktives Tun oder Unterlassen zu Tode gekommen ist. Die Verfassung im Sinne einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung ist eher mit der Annahme des Unterlassens kompatibel.

Aus psychiatrischer Sicht beanspruchen *Unterlassungen* die Aufmerksamkeit insofern, als die Rechtsordnung nicht – wie im Regelfall – die Zügelung von Handlungsintentionen in Verbotssituationen, sondern voraussetzungsvolle Handlungsinitiativen in Gebotssituationen fordert. Ein Ansprechen auf die an den Garanten gerichtete Handlungserwartung setzt voraus, dass die kognitiven und affektiven Bereitschaften hinreichen, die Situation ausreichend differenziert zu erfassen und zu bewerten, damit vor diesem Hintergrund dann Handlungsbereitschaften anspringen und Entscheidungen für oder gegen ein Eingreifen getroffen werden können (Janzarik 1995). Steue-

rungsfähigkeit ist in dieser Konstellation dann Aktualisierungsfähigkeit (nicht Desaktualisierungsfähigkeit), die an dem psychopathologischen Syndrom, das sich im Zuge der Abwehr der Schwangerschaft entwickelt hat und das Erleben und Verhalten bis über den Geburtsvorgang hinaus bestimmt, nicht schon scheitern muss, die dadurch aber (erheblich) vermindert werden kann.

Unter diesem Vorzeichen wurde offenbar in den oben referierten *Fällen 8 und 9* entschieden. An der normativen Setzung, dass *Frau I. J. (Fall 5)* die Kinder durch aktives Tun getötet hat, da ein Unterlassen aus verschiedenen äußeren Gründen nicht wahrscheinlich sei, fand die in diesem Fall abgegebene forensisch-psychiatrische Beurteilung ihre Grenze. Frau J. wurde als viertes und jüngstes Kind ihrer Eltern der Großmutter zur Erziehung überantwortet. Durch die damit verbundenen Lebensumstände wurde nicht nur ein andauerndes konflikthaftes und distanziertes Verhältnis zu den Eltern, sondern auch das frühzeitige Streben nach Selbstständigkeit bei unzureichender Reife begünstigt. Der zehn Klassen umfassenden Schulbildung folgte eine abgeschlossene Berufsausbildung. Ein Studium wurde kurz vor dem Ende abgebrochen, nachdem über die frühe Bindung an einen Mann eine erste Schwangerschaft im 20. Lebensjahr eintrat, die mit einer Fehlgeburt im 5. Monat endete, und Frau J. im Rahmen einer zweiten Schwangerschaft im 21. Lebensjahr belastungsbedingte Risiken ausschalten wollte. Nach der Geburt der ersten Tochter im Alter von 21 Jahren erfolgte die Eheschließung mit dem Kindesvater. Eine zwei Jahre später eingetretene dritte Schwangerschaft endete wiederum mit einer Fehlgeburt. Im Alter von 25 Jahren bekam Frau J. eine zweite Tochter, die später aufgrund einer länger andauernden Erkrankung und notwendig gewordener Operationen ein besonderes Maß an Pflege und Fürsorge benötigte. Etwa ein Jahr später kam es zu einer weiteren, der nunmehr fünften Schwangerschaft, die bei nachgewiesener Rötelninfektion mit einem ärztlich durchgeführten Schwangerschaftsabbruch endete. Die Schwangerschaften, die zu den Geburten der beiden Töchter führten, waren ärztlich überwachte und von Dritten wahrgenommene Schwangerschaften. Nachdem Frau J. bis zur Geburt der zweiten Tochter eine einfach strukturierte ungelernte Tätigkeit verrichtete, wurde nun die Tätigkeit gewechselt und später auf diesem Gebiet mit Erfolg eine Umschulung erst zur Erzieherin und später dann zur Heilpädagogin absolviert. In diese Zeit und das 30. sowie dann das 32. Lebensjahr der Frau J. fallen die sechste und die siebte Schwangerschaft mit jeweils nachfolgender Kindstötung. Inzwischen hatte die Ehe eine „katastrophale Entwicklung“ (lt. Urteil) genommen und war durch den Alkoholismus des Mannes, durch Demütigungen und körperliche Gewalt zum Nachteil der Frau J. gekennzeichnet. Sexualität wurde von Frau J. aus Angst vor möglichen Schwangerschaften zu verweigern versucht. Zu einer Trennung vom Ehemann habe sie sich nicht entschließen können, weil sie anfangs glaubte, die Fassade und das Bild von Familie wahren zu müssen. Später kam hinzu, dass die Trennung durch den Ehemann mit dem Hinweis

darauf, dass sie da noch „zwei Leichen im Keller“ habe, zu verhindern versucht wurde. In beiden Fällen habe sie nicht schwanger sein wollen und in beiden Fällen sei sie „für sich selbst nicht schwanger gewesen“. Beide Schwangerschaften sind im Umfeld von Erzieherinnen einer Kindereinrichtung und auch sonst von niemandem wahrgenommen worden. Von Frau J. wurde vehement abgewehrt, die Kinder getötet zu haben. Die Geburten seien keine eigentlichen Geburten gewesen, sondern es sei jeweils sehr rasch in die Toilette hinein vor sich gegangen und die Kinder seien leblos gewesen. Nach ihrem Empfinden seien es Fehlgeburten etwa im 5. Monat der Schwangerschaften gewesen. Immer wurde das Erleben mit Blick auf beide Schwangerschaften und Geburten zusammenfassend berichtet, ohne Unterschiede mitteilen zu können. Aus rechtsmedizinischer Sicht konnte zwar ausgesagt werden, dass es sich jeweils um ein reifes Neugeborenes gehandelt habe, aber nicht ausgesagt werden, ob die Kinder lebend oder tot geboren worden sind bzw. wodurch der Tod der Kinder eingetreten ist. Durch den Ehemann wurden beide Kinder im Keller vergraben. In späterer Zeit wurde ein Betonsockel darüber gegossen. Nachdem sich Frau J. etwa 11 Jahre nach der zweiten Kindstötung trotz der Androhungen ihres Ehemanns, Anzeige zu erstatten, von diesem getrennt hatte, wurde durch diesen die Sache zur Anzeige gebracht, da seine Frau ja „noch zwei offene Posten hatte.“

Die hier wiedergegebenen Informationen wurden in öffentlicher Hauptverhandlung erörtert. Weitere Details, die sich auf die Argumentation im Gutachten und im Urteil beziehen, sollen nicht wiedergegeben werden, da auch in diesem Falle noch nicht abschließend entschieden wurde. Es kann zusammengefasst werden, dass auf der Grundlage der Selbstschilderungen der Frau J., aber auch unter Bezugnahme auf die vom Ehemann gemachten Angaben, nach denen er Nachfolgehandlungen bis hin zum Vergraben der Kinder im Keller habe durchführen müssen, weil sie sowieso nicht gewusst hätte, was sie hätte machen sollen, weil sie nicht ansprechbar gewesen sei, weil sie irgendwie apathisch gewesen sei, davon ausgegangen wurde, dass sich Frau J. unter und nach der Geburt in einer solchen Verfassung befunden hat, die aufgrund ihrer Prägnanz und Intensität mit einer im Zentrum stehenden Ratlosigkeit und Aktualisierungsschwäche von normativen Handlungsschablonen am ehesten dem Eingangsmerkmal der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung zugeordnet werden könne. Somit sei für den Fall, dass der Tod der Kinder durch Unterlassen zustande gekommen sei, eine Verminderung der Steuerungsfähigkeit nicht auszuschließen. Das Gericht ist diesen Ausführungen im vollen Umfang gefolgt, ist jedoch davon ausgegangen, dass Frau J. die Kinder aktiv getötet habe, sodass damit keine Voraussetzungen für die Anwendung der §§ 20 und 21 StGB zu diskutieren seien. Es wird über die jeweiligen Argumentationsketten zu gegebener Zeit nach der abschließenden Entscheidung über diesen Fall zu berichten sein.

Als *fünfte Positionsbestimmung* ist zur Diskussion zu stellen:

Dem im Rahmen der Privilegierungsgründe unspezifisch als psychische Ausnahmesituation oder Erregungszustand charakterisierten Zustand unter der Geburt gehört die Ratlosigkeit als ein wesentliches Merkmal zu.

Einengung des Wahrnehmungsfeldes und Bewusstseinseinengung mit zugehöriger Aktualisierungsschwäche und einem darin gründenden Unterlassen können über das Eingangsmerkmal der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung Beeinträchtigungen der Steuerungsfähigkeit zur Folge haben.

5.9 Schlussbemerkung

Seit jeher ist der Straftatbestand der Tötung eines Kindes unter der Geburt eine Problematik, die über die *Prüfung des Sachverstandes* hinaus die Verfahrensbeteiligten in besonderer Weise zur Überprüfung ihrer inneren *Werthaltung* zu diesem Thema auffordert. Soweit es um den *forensisch-psychiatrischen Fachbeitrag* geht, sollte dargestellt werden, dass die Differenzierung zwischen Privilegierungsgründen und psychischen Störungen mit Auswirkungen auf die Steuerungsfähigkeit ebenso wichtig wie möglich ist und welchen Regeln sie folgen muss, um Ausnahmen begründen zu können. Insbesondere die Exkulpierung ist keine Gretchenfrage, denn die Gretchenfrage ist eine Gewissensfrage.

Aus dem Umstand, dass das Sachverständigengutachten, das im Rahmen der Pflicht zur Aufklärung der Wahrheit als Sachverständigenbeweis zur Feststellung subjektiver Deliktsmerkmale in Auftrag gegeben werden kann und zur Feststellung von Voraussetzungen für die Anwendung der §§ 20 und 21 StGB in Auftrag gegeben wird, nach dem Verfahrensgrundsatz der freien Beweiswürdigung im Rahmen des Überzeugungsbildungsprozesses und im Ergebnis einer objektiv-subjektiven Beweiswürdigung als Beweismittel durch den Richter bewertet werden muss, ergibt sich bei einer von der StPO und der Rechtsprechung abweichenden prozessualen Rollenverteilung (Kompetenzproblematik) die Gefahr, dass der Tatrichter aus seiner Pflicht zur freien Beweiswürdigung, d. h. aus dem Beweiswürdigungsprozess verdrängt wird, wenn z. B. ein gynäkologisches Gutachten über „Verdrängung" der Schwangerschaft die Entscheidung über die Schuldfähigkeit diktiert (*Fall 9*). Das ist keine *Krise des Sachverständigenbeweises*, sondern eine *Krise der richterlichen Überzeugungsbildung*, denn nicht die Kompetenzüberschreitung des Sachverständigen ist das Problem, sondern die Unterschreitung der dem Tatrichter nach der StPO obliegenden Kompetenzen.

Beide, der forensisch-psychiatrisch erfahrene Sachverständige und der Richter, wissen, dass oft genug die Rede von der verminderten Schuldfähigkeit weder notwendig noch hinderlich ist, um im Einzelfall angemessen oder unange-

messen unter Inanspruchnahme normativer Kompetenz und Befugnis an der unteren oder oberen Grenze des Sanktionsrahmens entscheiden zu können.

Das heißt mit anderen Worten, dass *verminderte Schuldfähigkeit als Sonderfall der Schuldfähigkeit* und zumal als Kannbestimmung hinsichtlich der *Auswirkungen auf das Strafmaß* bisweilen geradezu verschwinden kann hinter den Wirkungen, die *normative Vorentscheidungen* haben. Das lässt sich z. B. erkennen, wenn angesichts ähnlicher Grundkonstellation und bei gleichermaßen fehlender Nachweismöglichkeit der Lebensfähigkeit des Kindes einmal trotz normal verlaufender Schwangerschaft „in dubio pro reo" zwei Totgeburten (*Fall 10*) angenommen werden und einmal trotz Fehlgeburten in der Anamnese von der Geburt zweier gesunder und lebensfähiger Kinder ausgegangen wird (*Fall 5*). Steht dann einem „in dubio pro reo" ein „in dubio contra reo" gegenüber? Das lässt sich auch erkennen, wenn angesichts der gleichermaßen fehlenden Nachweismöglichkeit der Todesursache der Eintritt des Todes einmal als Folge des Unterlassens mit Unterkühlung der Kinder angenommen wird (*Fall 4*) und einmal der Tod durch Unterlassen durch normative Setzung ausgeschlossen wird (*Fall 5*).

§

Recht prononciert hat Wille in einer Zeit, in der man noch hoffen durfte, dass es einen vom Filter der Nichtehelichkeit des Kindes befreiten § 217 StGB geben werde, formuliert: „Nicht jede juristisch-dogmatische Ratlosigkeit ist Ausdruck von Weisheit; zur Gerechtigkeit gehört auch der normativ stabilisierende Aspekt der Rechtsgleichheit, mit dem die Gefahr einer zu individualisierenden Beliebigkeit abgewendet werden soll" (1997, 250). Sollte nun nach der Abschaffung des § 217 StGB der Eindruck gewonnen werden müssen, dass die Gefahr individualisierender Beliebigkeit hinsichtlich der Entscheidungsfindung größer wird, zumal die Fälle allenfalls über die BGH-Entscheidungen einem Vergleich zugeführt werden können, dann ist das ein juristisches und kein Sachverständigenproblem.

Literaturverzeichnis

Aschaffenburg G. Strafrecht und Strafprocess. In: Hoche A. (Hrsg.) Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Hirschwald, Berlin 1901.

Aschaffenburg G. Strafrecht und Strafprozeß. In: Hoche A (Hrsg.) Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. 3. Aufl. Springer, Berlin 1934.

Bauer M. Die Gretchenfrage: Exkulpierung nach Tötung des Kindes bei negierter Schwangerschaft? Psychiat Prax 24 1997: 248–250.

Birnstiel FH. Versuch, die wahre Ursache des Kindermords aus der Natur- und Völkergeschichte zu erforschen, und zugleich daraus einige Mittel zu Verhinderung dieses Staatsverbrechens zu schöpfen. Darrentrapp & Wenner, Frankfurt, Leipzig 1785.

Blanke D. Die Kindestötung in rechtlicher und kriminologischer Hinsicht. Diss., Kiel 1966.

Braendli A. Das Verbrechen der Kindestötung. Diss., Bern o. J., um 1920.

Busse F. Gustav Aschaffenburg (1866–1944) Leben und Werk. Diss., Leipzig 1991.

Elo O. Kasuistische Beiträge zur Frage der Privilegierungsgründe beim Kindesmord. I und II. Teil. Helsinki 1939.

Fabrice H v. Die Lehre von der Kindsabtreibung und vom Kindesmord. 3. Aufl. Barsdorf, Berlin 1911.

Farge A. Familienehre und Familiengeheimnisse. In: Ariès P, Chartier R. (Hrsg.) Geschichte des privaten Lebens. 5 Bände. Bd. 3. Bechtermünz, Augsburg 2000.

Ferri E. Das Verbrechen als soziale Erscheinung. Leipzig 1896.

Feuerbach PJA. Lehrbuch des gemeinen in Deutschland gültigen Peinlichen Rechts. Neudruck der 14. Aufl. Gießen 1847. Scientia Verlag, Aaalen 1986.

Gerchow J. Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen. Marhold, Halle 1957.

Göppinger H. Kriminologie. Beck, München 1973.

Goethe JW. Aus meinem Leben. Dichtung und Wahrheit. Vierzehntes Buch. In: Goethes Werke. Hamburger Ausgabe in 14 Bänden. Bd. 10 1948ff: 11.

Grolman K. Grundsätze der Criminalrechtswissenschaft nebst einer systematischen Darstellung des Geistes der deutschen Criminalgesetze. Neudruck der Ausgabe Gießen 1798. Auvermann, Glashütten im Taunus 1970.

Grozdanic V, Karlavaris-Bremer U. Motive für Kindsmord im deutschen und kroatischen Strafrecht. MschrKrim 81 1998: 189–197.

Gruhle HW. Der Unterricht in der Kriminalpsychologie. In: Graf zu Dohna A, Lilienthal K v.: Beiträge zur Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Festgabe zum 60. Geburtstage von Gustav Aschaffenburg. Beiheft 1 zur: Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Heidelberg 1926: 31–38.

Handke H. Die Kindestötung. Rechtshistorisch und rechtsvergleichend. Diss., Berlin 1937.

Hoff, P. Emil Kraepelin und die Psychiatrie als Wissenschaft. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1994.

Hofman. Zur Lehre von der Verheimlichung der Schwangerschaft und Geburt und von der Kindestödtung. Z für Staatsarzneikunde 33 1853 Ergänzungsheft 1–129: 44.

Janzarik W. Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart 1988.

Janzarik W. Grundlagen der Schuldfähigkeitsprüfung. Enke, Stuttgart 1995.

Janzarik W. Handlungsanalyse und forensische Bewertung seelischer Devianz. Nervenarzt 71 2000: 181–187.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin, Heidelberg 1946.

Killy W. (Hrsg.) Literaturlexikon. Autoren und Werke deutscher Sprache. 15 Bände. Bd. 12. Bertelsmann Lexikon Verlag, Gütersloh, München 1988ff: 90ff.

Kraepelin E. Die Abschaffung des Strafmaßes. Ein Vorschlag zur Reform der heutigen Strafrechtspflege. Enke, Stuttgart 1880.

Lammel M. Der Fall Lucheni, oder: Was hat Elisabeth, Kaiserin von Österreich, mit dem Maßregelvollzug zu tun? Anmerkungen zur Forensischen Psychiatrie um 1900. In: Nissen G, Badura F. (Hrsg.) Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde. Bd. 6 2000: 239–261.

Lammel M. Die erheblich verminderte Steuerungsfähigkeit. In: Kröber HL, Albrecht HJ. (Hrsg.) Verminderte Schuldfähigkeit und psychiatrische Maßregel. Nomos, Baden-Baden 2001: 87–127.

Lammel M. Der Weg von der schweren anderen seelischen Abartigkeit zur verminderten Steuerungsfähigkeit. In: Lammel M, Felber W, Lau S, Sutarski S. (Hrsg.) Forensische Begutachtung bei Persönlichkeitsstörungen. Jahresheft für Forensische Psychiatrie. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007: 79–108.

Lange E, Schumann U. Spezielle psychiatrisch-psychologische Aspekte bei der Begutachtung von Frauen mit Tötungsverbrechen an Kindern. In: Schwarz H. (Hrsg.) Kriminalität der Frau – Alterskriminalität – Psychiatrische Begutachtungsfragen im Zivilrecht. Medizinisch-juristische Grenzfragen. Heft 11 1971: S. 13–22.

Liszt F v. Der Zweckgedanke im Strafrecht (1882). In: Liszt F v. Strafrechtliche Aufsätze und Vorträge. Bd. 1. Guttentag, Berlin 1905: 126–179.

Lorenz M. „als ob ihr ein Stein aus dem Leibe kollerte ...“. Schwangerschaftswahrnehmungen und Geburtserfahrungen von Frauen im 18. Jahrhundert. In: Dülmen R v. (Hrsg.) Körper-Geschichten. Studien zur historischen Kulturforschung. Bd. V. Fischer, Frankfurt/M 1996: 99–121.

Luthe R. Forensische Psychopathologie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1988.

Maneros A. Kindestötung: Zur Frage der Schuldfähigkeit nach „negierter" Schwangerschaft. MschrKrim 81 1998: 173–179.

Meister GJF. Practische Bermerkungen aus dem Criminal- und Civilrechte. durch Urtheile und Gutachten der Göttingischen Juristen-Facultät erläutert. Dieterich, Göttingen, Bd. 1 (1791), Bd. 2 (1795). (1791/1795).

Pestalozzi JH. Über Gesetzgebung und Kindermord. Wahrheiten und Träume. Nachforschungen und Bilder. Barth, Leipzig 1910.

Pierer's Universal-Lexikon der Vergangenheit und Gegenwart oder Neuestes encyclopädisches Wörterbuch der Wissenschaften, Künste und Gewerbe. Vierte, umgearbeitete und stark vermehrte Auflage. Verlagsbuchhandlung von HA Pierer, Altenburg 1857–1864.

Rameckers JM. Der Kindesmord in der Literatur der Sturm-und-Drang-Periode. Ein Beitrag zur Kulturgeschichte des 18. Jahrhunderts. Nijhg & van Ditmar N. V., Rotterdam 1944.

Richter D. Schwangerschaftsverdrängung. Münch Med. Wochenschr. 132 1990: 367–368.

Rohde A. Die Tötung und Aussetzung des eigenen Kindes – klinische und juristische Aspekte. In: Klier CM, Demal U, Katschnig H (Hrsg.) Mutterglück und Mutterleid. facultas-Verlag, Wien 2001: 117–127.

Rohde A. Welche Mütter töten ihre Kinder? Vortrag auf der Veranstaltung „Babyklappe und anonyme Geburt – ohne Alternative?" 27./28.05.2003 in Bonn, Veranstalter: terres des hommes Deutschland e. V. 2003.

Saß H. Forensische Erheblichkeit seelischer Störungen im psychopathologischen Referenzsystem. In: Schütz H, Kaatsch HJ, Thomsen H. (Hrsg.) Medizinrecht – Psychopathologie – Rechtsmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1991: 266–281.

Scharfetter C. Wissen – Meinen – Irren – Wähnen. Das Spektrum der Selbst- und Weltkonstrukte. Fundamenta Psychiatrica 17 2003a: 64–76 (a).

Scharfetter C. Wahn im Spektrum der Selbst- und Weltbilder. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels 2003b.

Schneider HJ. Hauptrichtungen der Kriminologie. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. XIV: Schneider H J. Auswirkungen auf die Kriminologie. Delinquenz und Gesellschaft. 1981: 63–95.

Tacke G. Verkennung der Schwangerschaft und ihre gerichtsmedizinische Bedeutung. Diss., Münster 1940.

Wallach H. Zur Lehre vom Kindesmord. Diss., Köln 1932.

Wessel J, Platz WE, Schneider V. Rechtsmedizinische, psychiatrische und geburtsmedizinische Aspekte bei der Kindestötung nach Schwangerschaftsverdrängung – eine Übersicht anhand einer Kasuistik. Rechtsmedizin 9 1998: 1–8.

Wille R. Kommentar zum Beitrag von M. Bauer. Psychiat Prax 24 1997: 249–250.

Wille J, Beier KM. „Verdrängte" Schwangerschaft und Kindestötung: Theorie – Forensik – Klinik. Sexuologie 2 1994: 75–100.

6 Die tödliche Kindesmisshandlung: kriminologische und rechtsmedizinische Aspekte

Rudolf Wegener, Fred Zack

6.1 Häufigkeitsangaben und reale Fallzahlen

Kindesmisshandlungen mit Todesfolge lösen öffentliche Bestürzung und Empörung aus. Jeder Fall wird in den Medien wiederholt ausgebreitet: Zunächst mit Auffinden des Opfers, später mit Eröffnung der Hauptverhandlung vor Gericht und schließlich mit der Urteilsverkündung. Bereits die Namen der getöteten Kinder, wie Nadine (Gifhorn 2007), Kevin (Bremen 2006) oder Jessica (Hamburg 2005) sind zum Synonym für bestimmte Begleitumstände eines Falles geworden.

Die Deutsche Kinderhilfe e. V. sieht vor dem Hintergrund regelmäßig wiederkehrender Pressemeldungen über tödliche Folgen die Misshandlung von Jungen und Mädchen als „nationale Katastrophe" (Deutsche Kinderhilfe Direkt 2007); Angela Merkel (CDU) hat mehr gesellschaftliche Verantwortung angemahnt (Merkel 2006).

Indes liegen von amtlicher Seite keine statistischen Angaben zur Häufigkeit tödlicher Folgen der Kindesmisshandlung vor. Ein staatliches Meldesystem existiert nicht. Im Zweiten Periodischen Sicherheitsbericht der Bundesministerien des Inneren und der Justiz (Bundesministerium des Inneren, Bundesministerium der Justiz 2006) wird deshalb eine Studie der UNICEF beigezogen (UNICEF Innocenti Report Card Nr. 5 2003). Danach liegt Deutschland mit einer Inzidenz von 0,8 pro 100.000 Kinder im vorderen Mittelfeld der OECD-Länder. Mit den höchsten Raten sind Portugal (3,7), Mexiko (3,0) und die USA (2,4) belastet. In die UNICEF-Statistik gehen ebenso Fälle mit juristisch festgestellter Misshandlung

ein („death from maltreatment“), wie Kasuistiken ungeklärter Motivationsstruktur („death of undetermined intent“). Diese Angaben unterscheiden sich nicht grundlegend von den erfassten Straftaten der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) (Bundeskriminalamt 2006), in der die Opferzahlen für die Altersbereiche „< 6 Jahre“ und „< 14 Jahre“ nach den Tatbeständen Mord, Totschlag und Körperverletzung mit Todesfolge gelistet sind. Für das aktuelle Berichtsjahr 2005 sind 75 Kinder unter 6 Jahren und 30 Kinder unter 14 Jahren (insgesamt: 105 Opfer) an den Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung gestorben. Die jährliche *Inzidenzrate* der Todesfälle beträgt danach *0,84 pro 100.000 Kinder*.

Das Hellfeld der polizeilich registrierten Opfer der Misshandlung Schutzbefohlener hat in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1993 und 2005 von 2000 auf 3500 Fällen zugenommen (Bundeskriminalamt 2006). Daraus ist nicht zwingend ein Zuwachs der Opfergefährdung herzuleiten. Die verstärkte öffentliche Wahrnehmung der Kindesmisshandlung und die Novellierung des § 1631 Abs. 2 BGB im Jahre 2000 (Recht auf gewaltfreie Erziehung) mit einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen in den Jahren 2001–2003 dürften auf eine erhöhte Bereitschaft zurückzuführen sein, einen Verdacht auf Kindesmissbrauch auch anzuzeigen (Bussmann 2002a).

So besteht nach Schülerbefragungen (Bussmann 2005) ein stark rückläufiger Trend von Züchtigungshandlungen zwischen 1992–2005 bei folgenden Formen elterlicher Gewalt:

- schallende Ohrfeige: 43,6 % → 16,5 %
- kräftige Stockschläge auf den Po: 41,3 % → 4,5 %
- Tracht Prügel mit Bluterguss: 30,6 % → 4,9 %.

Bei Annahme einer Dunkelziffer von mehr als 90 % nach Gewalthandlungen gegen Kinder mit erkennbaren Verletzungsfolgen könnte die Relation zwischen tödlichen und nicht-tödlichen Folgen schwerer physischer Gewalt gegen Kinder auf 1:300 (500) geschätzt werden. Dieses Verhältnis steht zwar in Übereinklang mit Studien aus Frankreich und Kanada (UNICEF Innocenti Report Card Nr. 5 2003), ist jedoch bei stark divergierenden kriminologischen Angaben zum Dunkelfeld mit einem erheblichen Fehlerrisiko belastet.

Todesfälle infolge von Mord, Totschlag und Körperverletzung sind in Deutschland gemäß PKS von 1,2 (1994) auf 0,7 (2005) pro 100.000 Einwohner zurückgegangen. Dieser Rückgang betrifft etwa in gleicher Anteiligkeit die Tötung nach Kindesmissbrauch. Im diametralen Widerspruch dazu steht die Medienpräsenz derartiger Fälle.

Allerdings geben die im rechtsmedizinischen und forensisch-psychiatrischen Schrifttum benannten Häufigkeiten von etwa 10–12 Tötungen im Jahr nicht annähernd die reale Dimension wieder (Banaschek und Madea 2007).

Diese nicht verifizierten Zahlenangaben sind vermutlich Herleitungen aus Verurteiltenstatistiken oder internen Umfragen. Allein die hohen Beweisanforderungen im Strafverfahren können eine Verurteilung unmöglich machen, obwohl der polizeilich ermittelte Sachverhalt nicht in Zweifel zu ziehen ist.

6.2 Zum Ursachengefüge

Massive wiederholte physische Gewalt gegen Kinder findet bevorzugt im sozialen Nahbereich statt und richtet sich häufig auch gegen die Mutter: Kindesmissbrauch ist mithin Ausdruck der Schädigung von Familien- bzw. Partnerschaftsstrukturen. Die Ursachen gehen weit über den Nahbereich hinaus *(„WHO-Report Global Burden of Disease“)*. Bereits die deutlich erhöhte Rate an Gewaltopfern in Ländern mit niedrigem und mittlerem Pro-Kopf-Einkommen gegenüber finanzstarken Staaten (32,1 versus 14,4 pro 100.000 Einwohner) (World Health Organization 2002) verdeutlicht den sozioökonomischen Hintergrund von Aggressionshandlungen. Der WHO-Report versteht Gewaltfolgen als „social diseases“ und definiert für die Verursachung von familiärer Gewalt *4 Ebenen (ecological model)*:

- Individuum
- sozialer Nahbereich
- soziales Umfeld
- Gesellschaft

Das weit gefasste WHO-Gewaltmodell lässt sich durch kriminologische Forschungsergebnisse untersetzen (modifizierte Übersicht nach Schneider 2001, Franke et al. 2004):

(I) Persönliche Ebene (Individual) → Alter, Bildung, Einkommen

- psychopathologische Komponente (relevant)
  - Persönlichkeitsstörungen von Krankheitswert
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch
- ökonomische Deprivation (hoch relevant)
  - „sozialer Stress“, ökonomische Zwänge
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Psychodynamische Theorien → Zurückweisung des Täters in der Kindheit, Suche nach entgangener Zuwendung (Stellenwert umstritten)

(II) Sozialer Nahbereich (Relationship) → Familie, Intimpartner, Kollegen, Bekannte

- Übertragung von Gewalterfahrungen (relevant)
  - „Familien-Gewalt-Zyklus“
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch

- sozialpsychologische Ressourcen-Theorie → Gestörter Zusammenhalt der Partnerschaft/Familie durch physische Gewalt (relevant)
  - Täter ohne „Machtressourcen“
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Lern- und Interaktionstheorien → Kausalkette von Fehlhandlungen und Fehlreaktionen (relevant)
  - Erfahren der „Nützlichkeit“ von Gewalt
  - Erlernen des „Hinnehmens“ von Gewalt
  - Einflussgröße: Alkohol-/Drogenmissbrauch

(III) Soziales Umfeld (Community) → Schulen, Arbeitsplätze, Nachbarn

- Ausgrenzung und kulturelle Viktimisierung von (Migranten-)Familien (relevant)
  - Anwendung von Gewalt als Gegenentwurf zu Stereotypien von öffentlicher und staatlicher Gewalt
- Setting für Gewalt → Ballungsgebiete, Arbeitslosigkeit, Drogenhandel, Kriminalität (hoch relevant)

(IV) Gesellschaftliche Faktoren (Society) → Gesundheits- und Bildungspolitik, soziale und kulturelle Normen, Konfession

- nachrangige Beachtung des Kindeswohls → Mangel an Hilfsangeboten, strukturelle Defizite bestehender sozialer Dienste (relevant)
- kulturelle Verwurzelung des „Züchtigungsgebotes“ als Erziehungsmaßnahme (Stellenwert umstritten)

Die vorstehend skizzierten Einflussfaktoren/Hypothesen sollen das komplexe Ursachengefüge aufzeigen.

Rasch wirksame Präventionsansätze müssen folglich den gesamten sozialen Nahbereich einschließen. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen der Partner- bzw. Familientherapie. Medienberichte, die die Datenlage verzerren oder durch Gräuelberichterstattung so genannte Problemfamilien ausgrenzen, erschweren den Zugang zur Präventionsarbeit.

Inwieweit ein nach dem Tode von Kevin aus Bremen 2006 erneut gefordertes, bereits in der Schwangerschaft einsetzendes Risikomanagement angemessen und politisch umsetzbar ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007), bleibt abzuwarten. Staatliche Präventionsprogramme sollten jedoch zumindest

- eine jährliche kinderärztliche Pflichtuntersuchung umfassen und
- verbesserte juristische Voraussetzungen für eine aufsuchende Hilfe in Verdachtsfällen schaffen.

Gewalt gegen Kinder geht in vergleichbarem Ausmaß von Männern und Frauen aus, wenn die sexualisierte Gewalt außer Acht gelassen wird (Bundeskriminalamt 2006). Die tödlichen Misshandlungen werden bevorzugt von dem aktuellen Lebensgefährten der Kindesmutter verursacht, der mindestens in der Hälfte der Fälle nicht Erzeuger des Opfers ist. Die Getöteten sind in über 90 % der Fälle in dem besonders schutzbedürftigen Alter unter 3 Jahre (Franke et al. 2004, Püschel 2004, Trube-Becker 1982). Die Mutter ist Mitopfer, wenn sie Misshandlungen gegen ihr Kind, die nicht selten auch gegen die eigene Person gerichtet sind, aus physischer Unterlegenheit oder aus sonstigen Gründen nicht verhindern kann. Sie wird jedoch zur Mittäterin, wenn sie die Gewalthandlungen gegen das Kind billigend duldet. Hierzu existiert eine umfangreiche Kasuistik.

In den selteneren Fällen der tödlichen Vernachlässigung dominieren die Tatanteile der Kindesmütter (Banaschek und Madea 2007, Püschel 2004, Trube-Becker 1982).

6.3 Rechtsmedizinische Typologie letaler Kindesmisshandlungen

Kindesmissbrauch manifestiert sich in vielen Varianten physischer, psychischer und sexueller Traumatisierung – letztere nicht Gegenstand dieses Beitrages –, die fließend ineinander übergehen können. Um das breite Schädigungsspektrum zu erfassen, hat Herrmann angeregt (Herrmann 2005), den klassischen Terminus „battered child syndrome" nach Kempe et al. (1962) durch den nicht präjudizierenden, aus dem angelsächsischen Sprachraum stammenden Oberbegriff „nicht unfallbedingte Verletzung" („non accidental injury") zu ersetzen.

Das tödlich verlaufende „Syndrom der Kindesmisshandlung" ist durch folgende Typologie gekennzeichnet:

- *direkte Gewaltausübung*, neben der „klassischen" mechanischen Gewalt auch Formen der thermischen Einwirkung (Hypothermie, Hyperthermie ggf. mit Verbrühungen sowie Intoxikationen, Verätzungen etc.)
- *indirekte Schädigung* durch Entzug des erforderlichen Mindestumfangs an Pflege einschließlich Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr → Todesursächliche Ereignisse: interkurrende Infekte, Verdursten ggf. in Kombination mit Inanition, Hypothermie etc.

Todesfälle durch Kindesmisshandlung sind die führende Differenzialdiagnose bei Verdachtsfällen des „Plötzlichen Kindstodes" (SID). Daher sollte bei unerwarteten Todesfällen im Kindesalter die Todesart als „ungeklärt" kategorisiert werden (siehe hierzu auch den anderen Beitrag von Wegener und Zack in diesem Band).

Als Folgen des tödlichen Kindesmissbrauchs ohne äußerlich erkennbare Verletzungen kommen in Betracht:

- Schütteltrauma
- intrakranielle Blutungen nach stumpfer Gewalt

- Ersticken durch weiche Bedeckung
- breitflächig einwirkendes Drosselwerkzeug
- Umfassen des kindlichen Hals mit flächiger Druckausübung
- Thoraxkompression durch großflächige Druckausübung oder Körperlast
- Ertränken durch Flüssigkeitszufuhr
- Hyperthermie
- Intoxikation

Bei tödlichem Kindesmissbrauch mit bereits äußerlich erkennbaren Verletzungen ist das Schädigungsmuster nach Beschaffenheit, Lokalisation, Gruppierung, Ausformung sowie Färbung zu beschreiben sowie fotografisch und metrisch zu dokumentieren, da der Befund als Beweismittel gemäß §§ 244, 245 StPO vor Gericht Bedeutung erlangen kann. In allen Bundesländern Deutschlands sind von Behörden, Opferorganisationen und Kinderschutzverbänden etc. Informationsbroschüren veröffentlicht worden, die das Prozedere der ärztlichen Untersuchung und die damit verbunden juristischen Fragen umfassend darstellen.

Auf die aufwändige rechtsmedizinische Befundung von äußeren und inneren Verletzungen soll hier deshalb verzichtet werden. Nachfolgend sind die relevanten Schädigungsszenarien kategorisiert:

- stumpfe Gewalt überwiegend ohne geformte Verletzungen
  - Schleudern, Werfen, Stoßen etc. gegen ein flächiges Widerlager
  - direkte Schlagfolgen nach Einwirkung durch Faustschlag, Fußtritt o. ä.
  - Würgen, Halskompression durch starken Andruck mit und ohne Strangwerkzeug
- stumpfe Gewalt überwiegend mit geformten Verletzungen
  - Schlagen mit festen Werkzeugen, wie Stock, Handfeger etc.
  - Schlagen mit Band, Kabel etc.
  - einschnürendes Strangwerkzeug
  - Anprall gegen ein geformtes Widerlager
  - Bissverletzungen
- thermische Läsionen
  - Immersions- und Übergießungsverbrühungen
  - Kontaktverbrennungen
  - lokale Erfrierungen
- andere Gewalteinwirkungen
  - Einwirkung von Chemikalien
  - scharfe Gewalt, Schussverletzungen (selten)
  - Elektrizität (selten)

6.4 Sonderfall: Tödliches Schütteltrauma (SBS)

Spätestens seit dem Freispruch des britischen Au-Pair-Mädchens Louise Woodward, welche das Baby einer amerikanischen Anwaltsfamilie zu Tode geschüttelt haben soll, ist das Schütteltrauma (Synonyma: „Shaken Baby Syndrom“ (SBS), „Shake Impact Trauma“, „Abusive Head Injury“, „Inflicted Childhood Neutrauma“ etc.) einer weiten Öffentlichkeit bekannt (Lips 2002). Es waren in erster Linie Verfahrensmängel und wohl auch die Unkenntnis der Beschuldigten zur Gefährlichkeit dieser Gewaltanwendung, die zu dem überraschenden Verfahrensausgang geführt haben. Seither sind zahlreiche Informationskampagnen zum Schütteltrauma auf den Weg gebracht worden (Herrmann 2005). Das „Shaken Baby Syndrom“ wurde bereits in den 70er Jahren von Caffey (1972) und von Gutkelch (1971) beschrieben, denen die Koinzidenz von Subduralhämatomen, retinalen Blutungen und prognostisch ungünstigen diffusen Hirnschäden aufgefallen war. Etwa 10 % aller Todesfälle nach Kindesmisshandlungen werden dem Schütteltrauma zugerechnet (Herrmann und Sperhake 2005, Lips 2002). Wenngleich ein derartiger Anteil sehr hoch erscheint, ist er jedoch schwerlich zu widerlegen. So ist die morphologische Abgrenzung zu einem direkten Schädel-Hirn-Trauma, das etwa 75 % der Todesursachen nach Kindesmisshandlungen ausmachen soll (Lips 2002), insbesondere bei Verletzungen mit subduraler Blutung nicht immer möglich. Äußere Befunde können vollständig fehlen; die hinweisenden so genannten Haltegriffspuren im Schulter-Oberarm-Bereich werden aufgrund uncharakteristischer Ausformung und diskreter Ausprägung nicht selten verkannt. Schließlich kann das Schütteltrauma von einem Aufschlagen („impact“) auf eine weiche Oberfläche begleitet sein. Als finale Handlung eines Syndroms der Kindesmisshandlung kann es durch multiple vorbestehende Verletzungen überdeckt sein. Hierzu gehören u. v. a. Rippenfrakturen und verschiedene Frakturformen der langen Röhrenknochen (American Academy of Pediatrics 2000, Banaschek und Madea 2007, Böhm et al. 2006, Herrmann 2005, Trube-Becker 1982).

Die *Verursachung des Schütteltraumas* setzt ein *massives, wiederholtes Hin- und Herschütteln* des Kopfes bei Haltegriff an den Oberarmen/Schultern, seltener am Thorax voraus. Nach Schilderungen geständiger Täter und Berechnungen am Modell sollen die heftigen Schüttelbewegungen mit einer Frequenz von 2–3/Sekunde etwa 5–10 Sekunden andauern. Der überproportional schwere Kopf bei noch schwach ausgeprägter Hals-/Nackenmuskulatur mit fehlender Kontrolle der Kopfhaltung einerseits und die erhöhte Vulnerabilität des flüssigkeitsreichen Gehirnes mit seiner entwicklungsbedingt verringerten Myelinisierung und Gliabildung andererseits begünstigen die Entstehung schwerer Hirnschäden (Herrmann und Sperhake 2005, Saternus et al. 2000). Die Übermächtigkeit des Täters kann allein daran deutlich gemacht werden, dass seine Körpermasse (Prämisse: 80 kg) zu der eines Säuglings (Prämisse: 4 kg) das 20-fache beträgt (Herrmann und Sperhake 2005).

Der nach vorn und hinten bis in eine Extremposition pendelnde Kopf wird abrupt gebremst, wobei erhebliche seitliche Auslenkungen aus der Sagittalebene hinzukommen. Die Abfolge von Akzeleration und Dezeleration in Kombination mit Rotationsbewegungen lässt durchaus einen Vergleich mit der biomechanischen Belastung eines nicht angeschnallten Pkw-Fahrers bei Kollisionsgeschwindigkeiten (Δ t) von 30–50 km/h zu.

Die Scherkräfte bewirken multiple Zerreißungen der senkrecht verlaufenden venösen Gefäße zwischen den Hirnhäuten mit Ausprägung von subduralen und/oder subarachnoidalen Hämatomen. Unklar ist der Entstehungsmodus der etwa in 80 % der Fälle auftretenden begleitenden retinalen Blutungen (Herrmann 2005).

Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion sind unvermindert die *Mechanismen der Hirnschädigung*: Die klassische Theorie der „diffusen axonalen Traumatisierung" geht von Rotations- und Scherkräften zwischen den Hirnstrukturen unterschiedlicher Architektur und Dichte aus. Durch multiple Abrisse von neuronalen Verbindungen kommt es zum diffusen axonalen Trauma („shearing injury", „diffuse axonal injury", „DAI") (Duhaime 1992, Haseler et al. 1997, Saternus et al. 2000).

Die Theorie der „lokalisierten axonalen Traumatisierung" am Übergang vom Hirnstamm zum Halsmark („Unified hypothesis" nach Geddes [Geddes et al. 2001a, 2001b]) postuliert eine Schädigung des Atemzentrums mit konsekutiver traumatischer Apnoe. Dieses Konzept ist nicht unumstritten, weil es die häufig zu beobachtenden subduralen Blutungen nicht schlüssig erklären kann. Auch die in zwischen 65–95 % der SBS-Fälle nachweisbaren ophtalmologischen Blutungen lassen sich nicht als ausschließliche Hypoxiefolge interpretieren. Blutungen des Augenhintergrundes können einseitig vorkommen und – unabhängig von ihrer Massivität und Ausdehnung – prä-, intra- und subretinal auftreten. Netzhautablösungen und begleitende Glaskörperblutungen kommen wohl nur durch eine direkte Traumatisierung zustande (Herrmann und Sperhake 2005, Punt et al. 2004).

Es erscheint unwahrscheinlich, dass das heterogene klinische Bild eines überlebten Schleudertraumas mit leichten Auffälligkeiten wie Trinkschwäche, Schläfrigkeit etc. bis hin zu schweren neurologischen Schädigungen unterschiedlicher Provenienz wie Krampfanfälle, Bewusstseins- und Atemstörungen einer lokalisierten neuronalen Traumatisierung nach der Gedde-Hypothese zugeordnet werden kann.

Der *Sachverständige in foro* muss sich mit den Entstehungsmechanismen und Begleitumständen im Detail auseinandersetzen, um etwaigen Schutzbehauptungen entgegentreten zu können. Grundsätzlich gilt, dass der zweifelsfreie Beweis einer tödlichen Kindesmisshandlung mit Zunahme des Kindesalters schwieriger wird:

- Ein banaler Sturz aus geringer Höhe (< 120 cm) oder eine im Spiel ausgeübte mechanische Belastung (Hochwerfen und Auffangen etc.) ist nicht geeignet, tödliche Subduralblutungen oder sonstige todeswürdige Verletzungen herbeizuführen (Herrmann 2005, Lips 2002, Püschel 2004).
- Es ist unbelegt geblieben, dass Bagatelltraumata nach einem längerem symptomfreien Intervall zu einer subduralen Nachblutung („rebleeding“) führen können (Hymel et al. 2002).
- Der Gutachter hat – wie der behandelnde Arzt – zahlreiche Differenzialdiagnosen zu berücksichtigen, wenn die diagnostische Trias „Subdurales Hämatom + Retinale Blutungen + Zeichen äußere Gewalt“ nicht vorliegt. Hierzu gehören Gerinnungsstörungen, Glutarazidurie Typ I, Hirngefäßaneurysmen, Folgen geburtstraumatischer intrakranieller Blutungen u. v. a. Ursachen intrakranieller Blutungen (Herrmann 2005, Lips 2002).

Der *akute Tod* entwickelt sich aus einem prozesshaft fortschreitenden Hirnödem mit nachfolgender hypoxischer Hirnschädigung. Der Ablauf kann durch die meningealen Blutungen und durch den Liquoreinstrom über Einrisse der Arachnoidea beschleunigt werden. Etwa 25 % der Kinder versterben innerhalb von 14 Tagen (Lips 2002). In der Fachliteratur wird einhellig davon ausgegangen, dass eine Brückensymptomatik zwischen Gewalteinwirkung und Todeseintritt vorliegt.

Der *Spättod* kann nach Monaten oder Jahren eintreten und ist durch den Umbau nekrotischen Hirngewebes gekennzeichnet. Dabei sind pathologisch-anatomische Befunde, wie eine multizystische Enzephalopathie, Porenzephalie und Hirnatrophie mit Mikrozephalie beobachtet worden. Der klinische Verlauf kann durch mentale Retardierung, spastische Paresen, Spätepilepsien, Sehstörungen neuronaler Genese bis hin zur Optikusatrophie und schweren zerebralen Anfallsleiden begleitet sein (American Academy of Pediatrics 2000, Banaschek und Madea 2007, Böhm et al. 2006, Herrmann und Sperhake 2005, Lips 2002, Trube-Becker 1982).

6.5 Abschließende Anmerkung: Das Fallmanagement

Nahezu jeder Fall von Kindesmisshandlung mit Todesfolge hat eine lange Vorgeschichte. In Deutschland besteht abweichend von vielen entwickelten Industriestaaten trotz aller öffentlichen Rhetorik keine Meldepflicht von Verdachtsfällen. Aufsuchende Sozialdienste wie in England („home help visitors“) oder ein integriertes staatliches und soziales Fürsorgesystem wie in Frankreich („protection maternelle et infantile“) sind nicht eingerichtet (Thyen und Dörries 2005). Trotz aufwändiger verdienstvoller Informationskampagnen durch die zuständigen Bundesministerien in Deutschland bleiben viele Bürger im Verdachtsfall passiv. Der Schutz der Privatsphäre ist ein hohes, durch das Grundgesetz geschütztes Rechtsgut. Dem entgegen steht die Wächterfunktion des Staates für Leib und Leben. Auch wenn die Abwägung im Einzelfall schwie-

rig ist: Das Kindeswohl ist die leitende ethische Norm in der klinischen und sozialen Pädiatrie (Stuhlinger 2005).

Der behandelnde Arzt ist die zentrale Figur bei der Abwendung einer potenziellen Lebensgefährdung. Insbesondere Pädiater, Kinderchirurgen und Röntgenologen haben eine besondere Verantwortung. Die medizinischen Fachgesellschaften haben Leitlinien entwickelt, die neben Empfehlungen zur medizinischen Diagnostik und Therapie auch Handreichungen für die Zusammenarbeit mit Kinderschutzverbänden und Opferhilfeorganisationen geben (Schumacher 2004, Straßburg 2002). Die Deutsche Gesellschaft für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) bietet eine ständig aktualisierte Informationsplattform an (Deutsche Kinderhilfe Direkt 2007).

Dennoch gilt: Viele Ärzte fühlen sich in *Unkenntnis der Rechtslage* an ihre Schweigepflicht gebunden (siehe hierzu auch den Beitrag *„Der Plötzliche Kindstod: alte Fragen – neue Antworten“* in diesem Buch). Die zahlreichen Möglichkeiten der Information bzw. Vermittlung an Einrichtungen zur Opferhilfe zunächst „unterhalb der strafrechtlichen Schwelle“ werden auch nach eigenen Erfahrungen seitens der behandelnden Ärzte nicht ausgeschöpft.

Gibt es Anhaltspunkte einer zukünftigen Gefährdung des Kindes, ist der _Arzt seiner Garantenstellung verpflichtet._ Dazu gehören die Wiedereinbestellung zur Prognoseabschätzung und – falls die Krisenintervention durch Beratungsstellen oder Ämter nicht erfolgreich war – letztendlich die Entscheidung zur Strafanzeige.

Literaturverzeichnis

American Academy of Pediatrics (AAP). Diagnostic imaging of child abuse. Pediatrics 105 2000: 1345–1348.

Banaschek S, Madea B. Kindesmisshandlung. In: Madea B. (Hrsg.) Praxis Rechtsmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2007: 257–267.

Böhm U, Hirsch W, Wutz S, Kleemann WJ. Kindesmisshandlung. Untersuchung, Dokumentation und Bewertung. Kinder- und Jugendmedizin 6 2006: 107–113.

Bundeskriminalamt: Polizeiliche Kriminalstatistik 2005. 53. Ausg. Bundeskriminalamt Wiesbaden 2006.

Bundesministerium des Inneren, Bundesministerium der Justiz: Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht. 1. Aufl. 2006.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. 04. April 2007 (www.bmfsfj.de/Politikbereiche/Kinder-und-Jugend).

Bussmann K. Familiengewaltreport (2005: www.bussmann2.jura.uni-halle.de).

Bussmann K. Studie zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und der begleitenden Kampagne „Mehr Respekt vor Kindern“. Elternstudie, Halle u. a. 2002a.

Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. Am J Dis Chil 124 1972: 161–146.

Deutsche Gesellschaft für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (Stand 2007): DGgKV-webseite (www.kindesmisshandlung.de).

Deutsche Kinderhilfe Direkt: Newsletter März 2007 (www.dkhd.de/ueber-uns-newsletter-aktuell-clipping.php).

Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ et al. Head injury in very young children: mechanisms, injury types and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. Pediatrics 90 1992: 179–185.

Franke B, Seifert D, Anders S, Schroer J, Heinemann A. Gewaltforschung zum Thema „häusliche Gewalt" aus kriminologischer Sicht. Rechtsmedizin 14 2004: 193–198.

Geddes JF, Hackshaw AK, Vowles GH et al. Neuropathology of inflicted head injury in children I. Patterns of brain damage. Brain 124 2001a: 1290–1298.

Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK et al. Neuropathology of inflicted head injury in children II. Microscopic brain injury in infants. Brain 124 2001b: 1299–1306.

Gutkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. Br Med Jour 2 1971: 430–434.

Haseler LJ, Phil M, Arcune E et al. Evidence from proton magnetic resonance spectroscopy for a metabolic cascade of neuronal damage in Shaken baby Syndrome. Pediatrics 99 1997: 4–14.

Herrmann B. Medizinische Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung. Kinder und Jugendarzt 36 (2005): 96–107.

Herrmann B, Sperhake J. Das Shaken Baby Syndrom – Konzepte und forensische Kontroversen. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Zeitschrift der DGgKV 8 2005: 4–17.

Herrmann B. ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen – das Shaken Baby Syndrom. Kinder und Jugendarzt 36 2005: 256–265.

Hymel KP, Jenny C, Block RW. Intracranial hemorrhage and rebleeding in suspected victims of abusive head trauma: Addressing the forensic controversies. Child maltreat 7 2002: 329–348.

Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et al. The battered-child syndrome. JAMA 181 1962: 105–112.

Lips U. Das Schütteltrauma – eine wenig bekannte Form der Kindesmisshandlung. Schweiz Med Forum 4 2002: 72–76.

Maxeiner H. Zur Bewertung von Subduralblutungen bei Säuglingen nach angeblichen Bagatelltraumen. Der Unfallchirurg 104 2001: 569–576.

Merkel A. 60 Jahre UNICEF – Für jedes Kind. Gala-Veranstaltung vom 15. Mai 2006 (www.bundeskanzlerin.de/nn_5296/Content/DE/Rede/2006/05/2006-05-15).

Punt J, Bonshek RE, Jaspan T et al. The „unified hypothesis" of Geddes et al. is not supported by data. Petriatr Rehabil 7 2004: 173–184.

Püschel K. Kindesmisshandlung. In: Brinkmann B, Madea B. (Hrsg.) Handbuch gerichtliche Medizin I. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2004: 1153–1170.

Saternus KS, Kernbach-Wighton G, Oehmichen M. The shaking trauma in infants – kinetic chains. Forens Sci Int 109 2000: 203–213.

Schneider HJ. Misshandlungsdelikte in der Familie. In: Schneider HJ. Kriminologie für das 21. Jahrhundert. LIT VERLAG, Münster, Hamburg, London 2001: 203–231.

Schumacher R. (Koordinator) Verdacht auf Misshandlung – Bildgebende Diagnostik. Leitlinie für Bildgebende Diagnostik der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie AWMF-Leitlinien-Register Nr. 064/014 2004 AWMF online.

Straßburg HM. (Federführend): Vernachlässigung – Misshandlung. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. AWMF-Leitlinien-Register 2002 Nr. 071/003.

Stuhlinger M. Das Kindeswohl als zentrale ethische Norm in der Pädiatrie. 51 2005: 153–164.

Thyen U, Dörries A. Ärztliches Handeln bei Kindesmisshandlung. 51 (2005): 139–151.

Trube-Becker E. Gewalt gegen das Kind. Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern. Kriminalistik. Heidelberg 1982.

UNICEF Innocenti Report Card Nr. 5. A League Table of Child Maltreatment Death in Rich Nations. UNICEF Press 2003.

World Health Organization. The Global Burden of Disease Project. WHO Press 2002.

World Health Organization. World report on violance and health. Chapter 3, Child abuse and neglect by parents and other caregivers. WHO Press, Nonserial publication 2002.

7 Der Plötzliche Kindstod: alte Fragen – neue Antworten

Rudolf Wegener, Fred Zack

7.1 Vorbemerkung

Bis Ende des 19. Jahrhunderts war der Plötzliche Kindstod (Synonyma: Plötzlicher Säuglingstod, cot death, sudden infant death syndrome, sudden infant death: SID) ein wenig beachteter Teilaspekt der Kindersterblichkeit, die etwa 30 % aller Lebendgeburten ausmachte. Nachdem in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Kindersterblichkeit in den Industrieländern in Ost und West stark zurückging, rückte der SID in der Mortalitätsstatistik des Kindesalters an die erste Stelle (Statistisches Bundesamt Deutschland 2006).

Die Frage nach den Ursachen ist bis heute Gegenstand vieler Kontroversen, die durch die Forschungsbeiträge aus Fachdisziplinen mit unterschiedlicher wissenschaftlicher Prägung, wie Pädiatrie, Rechtsmedizin, Pathologie, Genetik, Epidemiologie oder Somnologie befördert worden sind. Inzwischen sind mehr als 100 Hypothesen zum SID veröffentlicht worden (Saternus 2007), wobei altbekannte Theorien wiederholt aufgegriffen und in einen modernen Kontext gestellt wurden. Erklärungsansätze des SID sollten die Prädisposition des Säuglings, konditionierende Milieubedingungen und den Todeseintritt befördernde Belastungsfaktoren voneinander unterscheiden.

In zahlreichen Publikationen wird *eine* Einflussgröße aus dem komplexen Ursachengefüge herausgehoben und als schlüssige Erklärung für die Entstehung des SID dargestellt. Die Intention dieser Autoren entspricht dem ärztlichen Wunsch nach effektiver Hilfe: Liegt dem Plötzlichen Kindstod eine monokausale Ursache zugrunde, kann dieses dramatische Ereignis durch eine zielgerichtete Präventionsmaßnahme abgewendet werden. So

wurden inhalierte toxische Substanzen aus Babymatratzen als Noxen des SID beschrieben (Richardson 1990) und mit schützenden Matratzenauflagen aus Polyäthylenfolien fand man bald die adäquate Präventionsmaßnahme (Sprott 2004).

Symptomatisch für die aus jeweiliger Fachsicht eingeengten Auffassungen zur Pathogenese des SID sind Leserbriefe zu einem Übersichtsreferat dieses Themas im Deutschen Ärzteblatt (Bajanowski und Poets 2004), in denen u. v. a. auf psychodynamische Aspekte (Meyer-Borchert 2005), die Schädlichkeit von maternalen Amalgamfüllungen (Daunderer 2005) oder die Wertigkeit des Anblasreflexes (Meyer zu Schwabedissen 2005) fokussiert wurde. Das Schlusswort des Erstautors zu diesen Beiträgen (Bajanowski 2005) entspricht dem Credo dieses Beitrages:

> *„Der plötzliche Säuglingstod fordert aufgrund seiner Dramatik zur Hypothesenbildung bezüglich seiner Ätiologie geradezu heraus. Wie in der Vergangenheit durch die teilweise tragischen Konsequenzen aus ungeprüft übernommenen Hypothesen gezeigt, bedürfen alle neuen Erklärungsansätze der gründlichen Überprüfung, ob sie mit den morphologischen und epidemiologischen Charakteristika des SID übereinstimmen. Dennoch (...) weisen die Maßnahmen zur Prävention einen Weg, wie wir diese tragischen Todesfälle auch ohne Kenntnis ihrer Ursache(n) in den allermeisten Fällen wirkungsvoll verhindern können."*

7.2 Zur Definition des SID

Die Definition des Plötzlichen Kindstodes und dessen Bezeichnung „SIDS" gehen letztendlich auf einen anlässlich einer Tagung in Seattle vorgelegten Vorschlag von Beckwith zurück (Beckwith 1970). Wenngleich die Übereinkunft nicht frei von Schwächen ist (Rognum 1995), gilt sie im Wesentlichen noch heute:

- vollständige Obduktion mit Probennahme für systematisierte histologische, toxikologische, mikrobiologische, virologische und molekularpathologische Untersuchungen (Bajanowski und Kleemann 2002),
- Untersuchung des Ereignisortes mit sorgfältiger Dokumentation der Auffindungssituation („death scene investigation"),
- Erfassung der klinischen und sozialen Anamnese.

Per definitionem ist der Plötzliche Säuglingstod auf den Zeitraum von der Beendigung der Neonatalperiode bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres begrenzt (8.–365. Lebenstag) (Willinger et al. 1991). Erfasst werden damit nur etwa 95–98 % aller Fälle (Findeisen et al. 2004, Vennemann et al. 2005). Verbleibt nach Obduktion und den flankierenden Untersuchungen eine „leere" Befundkonstellation, erfolgt die Verschlüsselung des Falles nach ICD-10 unter R95 (Bajanowski und Poets 2004).

Die Ausschlussdiagnose „Plötzlicher Kindstod“ beschreibt keine Entität bzw. kein Syndrom. Insofern ist der Begriff „SIDS“ (SID-Syndrome) zu Recht kritisiert worden (Krous et al. 2004) und kommt nur noch im angelsächsischen Sprachraum gelegentlich zur Anwendung. Ein Säuglingstod ohne vollständige Obduktion ist folglich nicht als SID, sondern als Tod ohne bekannte Ursache zu kodieren.

Jede Kasuistik erfordert eine intensive Zusammenarbeit zwischen Obduzenten, Klinikern und – wo erforderlich – Mitarbeitern von Sozialen Diensten oder Ermittlungsbehörden. Der Untersuchungsaufwand ist beträchtlich und wird allein aus Kostengründen häufig nicht erfüllt. Da die auf Workshops und Konferenzen vereinbarten Modifikationen zur Seattle-Konvention in den einzelnen Ländern und Regionen unterschiedlich umgesetzt werden – hierzu gehört auch die Kodierung – sind Studien zur Inzidenz des SID nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.

7.3 Disponierende Faktoren des SID und ihre prädiktive Bedeutung (eine Auswahl)

Funktionsstörungen der Plazenta, Frühgeburtlichkeit bzw. peri- oder neonatale Komplikationen können die Reifung des ZNS verzögern. Sie sind Prädispositionsfaktoren, wenn die Unreife neuronaler Strukturen zu Dysregulationen von Stammhirnfunktionen führen. Erhöhte Alpha-Fetoprotein-Werte (AFP) gelten als Indikatoren für intrauterine Wachstumsstörungen. Eine Koinzidenz zwischen pathologischen AFP-Konzentrationen im zweiten Schwangerschaftsdrittel und verstärktem Risiko des SID (Smith et al. 2004) konnte durch Folgestudien nicht bestätigt werden. Einige Autoren berichten über ein erniedrigtes Geburtsgewicht als Prädispositionsfaktor, zumal bei Frühgeborenen gehäuft Atemstörungen auftreten, unter anderem die prolongierte Apnoe im Schlaf (Steinschneider 1972). Bei Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht wird auch durch andere Todesursachen eine erhöhte Sterblichkeit im 1. Lebensjahr beobachtet (Kleemann und Bajanowski 2004). Das Kriterium „Geburtsgewicht“ ist kein Prädiktor für einen SID.

Die hereditäre Disposition des SID, die u. a. auf Familienuntersuchungen zur Schlaf-Apnoe-Hypothese basiert, war jedoch nach Untersuchungen von homozygoten und heterozygoten Zwillingen bzw. leiblichen Geschwistern verstorbener Säuglinge nicht verifizierbar (Kleemann und Bajanowski 2004).

Mit zunehmender Anwendung molekulargenetischer Verfahren in der klinischen Diagnostik hat die Suche nach *Kandidatengenen* des Plötzlichen Säuglingstodes eine Renaissance erfahren (Fitze 2005, Teske 2005). Genetische Polymorphismen oder Mutationen sollen an Störungen der Atemregulation, erhöhter Vulnerabilität der Immunantwort, fehlerhafter Temperaturregulation, Destabilisierungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Verzögerungen der kardialen Erregungsbildung/-leitung oder gestörten Abläufen der Schockreaktion beteiligt sein. Die genetische Ausstattung eines Individuums mit Interaktio-

nen zahlreicher Genprodukte steuert nicht nur die Funktionalität des regulatorischen autonomen Nervensystems an sich, sondern – davon unabhängig – auch deren zeitliche Entwicklung. Insofern ist anzuzweifeln, dass ein Zusammenhang zwischen neuropädiatrischen Krankheitsbildern mit begleitenden Störungen der Atmung und eingeschränkter Variabilität der Herzfrequenz (Undine-Syndrom, Riley-Day-Syndrom, Charcot-Marie-Tooth-Krankheit etc.) und dem Risiko eines SID besteht. Derzeit muss die Hoffnung, durch molekulargenetische Untersuchungen eine Früherkennung von SID-gefährdeten Kindern zu erreichen, wohl ad acta gelegt werden (Bentele 2005).

Serotonin (5-Hydroxy-Tryptamin bzw. 5-HT) greift in zahlreiche Regulationssysteme des Stammhirns ein. Bestimmte Allele des Serotonin Transporter Genes (SERT) sollen mit SID assoziiert sein. Unlängst wurde im Stammhirn plötzlich verstorbener Säuglinge ein kompensatorischer Überschuss von Serotonin bei einem Defizit von 5-HT-1A-Rezeptoren beschrieben (Paterson et al. 2006). Serotoninmangel soll pontine und medulläre Regulationsmechanismen destabilisieren und bei Stresssituationen (Bauchlage!) für einen SID verantwortlich sein. Die Regulation der Aufwach-Reaktion („arousal") durch Serotonin ist für den Einzelfall kaum zu belegen.

Das gehäufte Auftreten des SID im 2.–4. Lebensmonat könnte mit einer *Störung der Arousal-Reaktion* im Zuge der physiologischen Umstellung von fetalen auf adulte neuronale Verknüpfungen („major transformation") zusammenhängen (Prechtl 1984). Die regelhafte Aktivierung der Aufwachreaktion ist durch Seufzen („sighing") mit einschließender Apnoe, Gähnen, Husten und Aufschrecken („startle") des schlafenden Babys gekennzeichnet. In der Folge kommt es zu einer Suprimierung der Schlafspindeln und zu Änderungen der Herzfrequenz (Henning et al. 2005). Starkes Schwitzen, verändertes Schreien, nasale Sekretion ohne infektiologische oder allergologische Ursachen sowie obstruktive Apnoen etc. gelten als Indikatoren für Störungen der autonomen Steuerungsfunktionen von Atmung, Herztätigkeit, Körpertemperatur und Muskelaktivität (obere Atemwege, Thorax, Zwerchfell). Fällt in Belastungssituationen die Gegenregulation („self-resuscitation") aus (Bentele 2005), werden die so gefährdeten Säuglinge reglos im Bett aufgefunden und können erst nach intensiver Stimulation oder Reanimation wieder erweckt werden. Diese lebensbedrohlichen Ereignisse („apparent life threatening event-ALTE" bzw. „near-miss-SID") sollen sich mit einiger Wahrscheinlichkeit wiederholen. Es ist jedoch aufgrund fehlender Indexfälle nicht erwiesen, dass ein Zusammenhang zwischen ALTE-Episoden und SID besteht (Bajanowski und Poets 2004). Jedenfalls haben Berichte über Beinahe-Kindstodfälle einen Boom für Hersteller von Heimmonitoring-Geräten ausgelöst, die eher zu einer Verunsicherung besorgter Eltern führten. Durch zusätzliche pulsoxymetrische Messungen wurde inzwischen die Rate von Fehlalarmen reduziert. Wenngleich auch Berichte über die *Erhöhung* des SID-Risikos durch nicht erfolgendes Heimmonitoring mit Skepsis zu betrachten sind: Bisher konnte nicht der Nachweis erbracht werden, dass eine Monitorüberwachung das statistische Risiko des

SID verringert hat. Unbeschadet der starken Überschätzung des Einflusses der Arousal-Reaktion auf den Plötzlichen Kindstod ist unbestritten, dass polysomnografische Untersuchungen von Risikokindern unter ärztlicher Betreuung ggf. klinisch-pädiatrisch behandlungspflichtige Ursachen kindlicher Schlafstörungen aufdecken können.

Nach einer aktuellen Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM 2007) könnte auch ein *mangelnder Blutfluss zum Gehirn* den SID herbeiführen. Bei etwa 1,5 % von 14.300 untersuchten Neugeborenen wurde bei Seitenrotation des Kopfes in Bauchlage durch dopplersonografische Untersuchungen ein verlangsamter Blutstrom in der A. basilaris nachgewiesen. Nach Seitendrehung des Kopfes wäre bei diesen Kindern eine Minderperfusion des Hirnstammes mit etwaigen letalen Folgen zu befürchten. Das Phänomen der lageabhängigen zerebralen Hypoxämie ist seit mehr als 20 Jahren durch experimentelle Flussmessungen an den großen Halsgefäßen aus dem rechtsmedizinischen Schrifttum bekannt (Saternus und Adam 1985), ohne dass daraus bisher konkrete Erkenntnisse zur Pathogenese des SID hergeleitet werden konnten.

Es ist wohl anzuzweifeln, dass *ethnische Faktoren* überhaupt einen Einfluss auf die Häufigkeit des SID haben. Populationsstudien in verschiedenen Kontinenten oder an Stichproben von Migranten werden stark von sozioökonomischen Gegebenheiten beeinflusst. Bei Afroamerikanern, Indianern und Eskimos findet sich gegenüber der kaukasischen Bevölkerung eine erhöhte Inzidenz des Plötzlichen Kindstodes, die auch in ihrem Ausmaß der Notlage der jeweiligen ethnischen Gruppe mit ihren Auswirkungen auf hygienische Bedingungen und die Qualität der Gesundheitsvorsorge entspricht (Mathews et al. 2004).

7.4 Inzidenz des SID, Risikokampagnen und Risikofaktoren

Der internationale *Vergleich von SID-Raten* zeigt in allen entwickelten Industrieländern mit Beginn der Präventionskampagnen in den 90er Jahren gegen die Bauchlage der Kinder einen drastischen Rückgang um 50–90 % (Carpenter et al. 2004). Die fatalen Folgen der seit den 60er Jahren ärztlich propagierten Bauchlage, u. a. wegen angeblich erhöhter Aspirationsgefahr bei Kuhmilchallergie, sind so evident, dass die schwedischen Autoren Hogberg und Bergstrom zu dem Schluss kamen: *„Suffocated Prone: The iatrogenic tragedy of SIDS“* (Erstickungs(geneigte)-Bauchlage. Die ärztlich verursachte Tragödie des SID) (Hogberg und Bergstrom 2000).

Die Angaben zur Häufigkeit des SID in Deutschland entsprechen dem international rückläufigen Trend (Statistisches Bundesamt Deutschland 2006). Die Inzidenz ist seit 1990 von 1,42 pro 1.000 Lebendgeburten auf 0,43 im Jahr 2005 um etwa 70 % gesunken; im gleichen Zeitraum nahm die Prävalenz der Bauchlage in Deutschland von 42 % auf 8 % ab (Bajanowski und Poets 2004). Die Unterschiede in der Häufigkeit des Plötzlichen Kindstods zwischen den Alten und Neuen Bundesländern sind nunmehr weitgehend aufgehoben, nachdem

erst 1995 die deutsche Akademie für Kinderheilkunde die Rückenlage empfohlen hat. Gegliedert nach Regionen ist im Jahr 2005 die Inzidenz in der Region Mitte (Sachsen + Sachsen-Anhalt + Thüringen) mit 0,29 am niedrigsten und in der Region Nordwest (NRW) mit 0,70 am höchsten (Pabst 2005). Bereits 1985 hatte Saternus (Saternus und Adam 1985) auf die in Vergessenheit geratene Gefährdung des Säuglings durch die Bauchlage hingewiesen.

Ein Blick zurück auf die Statistik des SID im geteilten Deutschland zeigt geradezu modellhaft, wie die Häufigkeitszahlen durch eine *Propagierung gegen die Bauchlage* entscheidend gesenkt werden konnten. Im Jahr 1988 betrug die Inzidenz des Plötzlichen Säuglingstodes in der ehemaligen DDR 0,2/1000 Lebendgeburten gegenüber 1,6/1000 Lebendgeburten in der BR Deutschland. Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR hatte bereits 1972 auf das Gefährdungspotenzial der Bauchlage reagiert und entgegen der international weit verbreiteten wissenschaftlichen Lehrmeinung die Rückenlage der Säuglinge in einer Richtlinie „verordnet“ und als Pflegerichtlinie auch mit aller Konsequenz umgesetzt (bei Peschel 2004). Die Referenzen für diese Präventionsmaßnahme waren Analysen zum Plötzlichen Säuglingstod durch die flächendeckend arbeitenden Kommissionen zur Senkung der Kindersterblichkeit. Die weite Verbreitung von populärwissenschaftlichen Zeitschriften in den medizinischen und pflegerischen Einrichtungen mag die Durchsetzung dieser Vorschrift befördert haben. Es überrascht nicht, dass die von Sachsen aus tätige Organisation Babyhilfe e. V. eine Renaissance derartiger Expertenkommissionen nach dem Vorbild der DDR anregt (Paditz 2005).

Aus Holland werden die niedrigsten Raten des SID gemeldet: 0,11 im Jahre 2005, 0,059 im Jahre 2006 (11 SID-Fälle auf 185.124 Lebendgeburten). Als Gründe für diese Erfolgsstatistik werden eine intensive Schwangerschaftsvorsorge und erfolgreiche Präventionskampagnen angegeben (www.wiegedood.nl/2007):

- 95 % der lebendgeborenen Babys werden zur Nachkontrolle und zur Impfung den Mutterberatungsstellen vorgestellt.
- Präventionsempfehlungen wurden frühzeitig und im Konsens erarbeitet.
- Ein enges, gut organisiertes Netzwerk zur Prävention erreicht über verschiedene Medien eine gut ausgebildete Bevölkerung; Informationsblätter erreichen fast alle Mütter und werden entsprechend der ethnischen Zusammensetzung der Bevölkerung mehrsprachig vertrieben.

In Deutschland liegt seit 2003 ein Konsenspapier zur SID-Prävention vor, das die gesicherten *Risikofaktoren und die daraus resultierenden Präventionsmaßnahmen* – hier verkürzt – auflistet (Paditz 2003):

- Empfehlung der Rückenlage im Schlaf, Vermeidung der Bauch- und Seitenlage (durch Verwendung eines geeigneten Schlafsackes),
- Babybett im Schlafzimmer der Eltern; feste, relativ wenig eindrückbare Matratze,
- Vermeidung von Überwärmung des Säuglings und der Überdeckung,

- Vermeidung von Rauchexposition,
- Erreichung der beteiligten Zielgruppen durch geeignete Kommunikationsstrategien.

Es wird die These vertreten, dass in Deutschland 50–90 % der etwa 500 SID-Fälle durch gesundheitspädagogische Maßnahmen vermeidbar sind. Unter Hinweis auf das holländische Vorbild wird angestrebt, eine nochmalige Senkung auf ein Niveau unter 0,1/1000 Lebendgeburten zu erreichen. Nach Paditz verdanken 6278 Babys (483 Babys pro Jahr bzw. neun Babys pro Woche bzw. 37 Babys pro Monat) ihr Leben den seit 1991 in Deutschland anlaufenden Präventionskampagnen (Paditz 2003). Dabei wird unterstellt, dass Gefahren der Bauchlage die Öffentlichkeit *nur* über öffentliche Kampagnen erreicht haben. Ob dem Anspruch genügt werden kann, durch professionelle zielgruppenorientierte Interventionskampagnen eine definierte Anzahl von Babys pro Zeitintervall *vor dem Plötzlichen Kindstod zu bewahren*, bleibt abzuwarten. Dieser Anspruch setzt voraus, dass die Risikofaktoren bekannt sind, Ihnen vorgebeugt werden kann und nach Obduktion aller Verdachtsfälle eine zweifelsfreie Abgrenzung zwischen einem SID und anderen Todesursachen möglich ist. Die holländische Stiftung Wiegentod erfasst neben den „eindeutigen" SID-Fällen auch „ähnliche Kategorien", die u. a. Todesursachen wie Atemwegsinfekte und „Ersticken durch Nahrung" etc. einschließen. Eine offenbar nichtamtliche holländische Parallelstatistik unter Berücksichtigung dieser schwer abgrenzbaren Borderline-SID-Fälle ergibt eine doppelte Häufigkeit des Plötzlichen Säuglingstodes (www.wiegedood.nl/2007).

Zahlreiche Studien und Metaanalysen hierzu belegen die zentrale Rolle der *Einflussgröße Bauchlage* mit einem etwa 9–13-fachen SID-Risiko. Dabei sind in dem errechneten Risiko („multivariate odds ratio") auch andere – wenngleich nicht alle – potenzielle Risikofaktoren („confounder") enthalten. Schlüssig ergibt sich aus dem Risiko der Bauchlage, dass auch die Seitenlage nach Drehung in die Bauchlage eine Risikoerhöhung bedeutet (Vennemann et al. 2005). Besonders hoch ist das SID-Risiko bei Bedeckung des Kopfes mit einer Bettdecke, wobei sich Wärmebelastung und CO_2-Rückatmung besonders stark auswirken (Kleemann und Bajanowski 2004).

Die anhaltende Diskussion um das *Schlafen im Bett der Eltern* („cosleeping/bedsharing") verdeutlicht die Gefahr der vordergründigen Betrachtung einzelner Risikofaktoren. Seit wenigen Jahren wird im angelsächsischen Schrifttum auf das Cosleeping als lange unterbewerteter, wesentlicher Faktor des SID hingewiesen. Der Tod eines Kindes nach unabsichtlichem Überliegen ist seit dem Altertum bekannt („opressio infantum") und war bereits Mitte des 1. Jahrtausend mit Sanktionen belegt (Meyer-Borchert 2005). Inwieweit eine soziale Notlage der Familie, mütterliche Verhaltensweisen wie Alkohol- und Drogenkonsum oder eine verringerte Belastbarkeit des Säuglings beteiligt sind, wird nicht eindeutig ausgewiesen. Eine viel beachtete Fall-Kontroll-Studie aus 24 Ländern Europas zeigt (Carpenter et al. 2005), dass das Schlafen im Bett der Mutter/Eltern nur dann ein hohes Risiko bedeutet,

wenn die Mutter bereits in der Schwangerschaft geraucht hatte. Soweit das gemeinsame Schlafen im Kontext mit erhöhten Stillraten und einer liebevollen Mutter-Kind-Beziehung steht, sind sogar protektive Effekte des Cosleeping festgestellt worden (McKenna et al. 1997). Nach den in einer Übersichtsarbeit von Poets aus der internationalen Fachliteratur zusammengestellten multivariaten odds ratios (OR mit 95 % Confidenzintervall), stehen – neben den bekannten Risikofaktoren des Schlafens in Bauchlage (OR 9,0) und des Auffindens unter Bettzeug (OR 21,6) – *soziale Faktoren und elterliche Verhaltensaspekte* im Vordergrund (Poets 2004), von denen die häufigsten nachfolgend zusammengestellt sind:

- Schlafen im Bett der Eltern (Mutter Raucherin) OR 17,6
- viele vorausgegangene Schwangerschaften (> 2 versus 0) OR 14,4
- Rauchen beider Eltern (versus beide Nichtraucher) OR 8,4
- Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft (> 20 versus 0) OR 7,9
- Mutter ohne Berufsausbildung OR 7,6
- junges Alter der Mutter (< 20 versus 25–29 Jahre) OR 7,0

Der Gipfel der Säuglingssterblichkeit der Jahre 1990 und 1991 (Statistisches Bundesamt Deutschland 2006) mag durch die politische Umbruchsituation dieser Jahre in den Neuen Bundesländern begünstigt worden sein. Belastungssituationen von Partnerschaft und Familie, die zu einem starken Zuwachs an Gewalt im sozialen Nahraum geführt haben, dürften sich in sozial instabilen Haushalten nachteilig auf die Betreuung von Säuglingen ausgewirkt haben.

Die Reduktion der Fallzahlen hat dazu geführt, dass sich der bis Ende der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts in vielen Studien aufgezeigte Gipfel des SID in der infektbelasteten kalten Jahreszeit abgeschwächt hat und in einigen Studien nicht mehr statistisch belegt werden kann (Bajanowski und Poets 2004). Dennoch finden sich bevorzugt in den histologischen Befunden verstorbener Säuglinge häufig Anzeichen florider oder bereits abgelaufener *Infekte*, die zwar nicht als eigenständige Todesursache, sondern *als begünstigende Faktoren* durchaus eine Rolle spielen (mechanische Atembehinderung, Ödem etc.). Insofern ist es plausibel, wenn die Häufigkeit des Plötzlichen Kindstodes bei geimpften Kindern gegenüber der Vergleichgruppe erniedrigt ist (Paul-Ehrlich-Institut 2003). Ein Zusammenhang zwischen Impfungen mit hexavalentem Impfstoff und SID konnte bisher nicht nachgewiesen werden (Paul-Ehrlich-Institut 2003).

Trotz der stark zurückgegangenen Fallzahlen des SID scheint die Übersterblichkeit männlicher Säuglinge in einem Geschlechterverhältnis von 60:40 auch zukünftig fortzubestehen. Ob der höhere Testosteronspiegel männlicher Säuglinge eine Ateminstabilität während des Schlafes begünstigt (Zhou et al. 2003) oder andere Risikofaktoren beteiligt sind, ist offen. Die erhöhte Sterblichkeit im 2.–4. Monat hat sich auch in neueren Studien erhalten (Bajanowski und Kleemann 2002).

7.5 Differenzialdiagnostik des SID, Äußere und Innere Leichenschau

Die Durchführung der „Äußeren Leichenschau“ wird von Ärztinnen und Ärzten als äußerst belastend empfunden. Sie ist nicht selten im Beisein der schwer betroffenen Angehörigen durchzuführen und kann – wenn überhaupt – nur vage Hinweise auf einen SID erbringen. Die verstorbenen Kinder unterscheiden sich hinsichtlich des Pflege- und Ernährungszustandes nicht von Säuglingen vergleichbaren Alters.

Als Hinweis für Temperaturregulationsstörungen ante mortem werden in etwa 35 % der Fälle verschwitzte Haare und Bekleidung und eine Durchfeuchtung der Bettwäsche beobachtet. Indizien für einen akuten Herz-Kreislaufstillstand sind eine zyanotische Verfärbung der Lippen und der Nagelbetten sowie Abrinnspuren eines wässrig-schaumigen, teilweise blutig tingierten Lungenödems aus Mund und Nase. Die Totenflecken sind häufig kräftig ausgeprägt und entsprechend der Auflagestellen bei Bauchlage auch im Gesichtsbereich ausgespart. Seltener besteht ein blasses Hautkolorit mit nur diskreter Ausbildung von Totenflecken (Kleemann und Bajanowski 2004).

In den Konjunktiven können vereinzelte punktförmige Blutungen auftreten, wobei anhand der Leichenschaubefunde allein z. B. ein Ersticken unter weicher Bedeckung, ein Ertränken durch Flüssigkeitszufuhr oder eine Fremdkörperaspiration nicht auszuschließen sind. Als Faustregel kann gelten, dass bei zusätzlicher Ausprägung deutlich kutaner Petechien im Gesicht, die sich bis in den Schläfenbereich erstrecken können, ein Erstickungstod in Betracht zu ziehen ist. Die Interpretation petechialer Blutungen nach Intensität und Lokalisation ist auch unter Sachverständigen strittig, zumal durch Wiederbelebungsversuche von Laien und medizinische Reanimationsmaßnahmen derartige Befunde generiert oder verstärkt werden können (Saternus und Klostermann 1992). Nicht selten kommt es in der Sterbephase zum Erbrechen. Mit den eingeschränkten Möglichkeiten der äußeren Leichenschau ist eine sichere Abgrenzung zwischen agonalem Erbrechen einerseits und einer sehr seltenen „vitalen“, d. h. todesursächlichen Aspiration von Nahrungsbestandteilen andererseits nicht möglich. Die Leichenschaudiagnose „Ersticken“ (T21) sollte deshalb in diesem Zusammenhang vermieden werden. Sie bedeutet eine Festlegung auf das Ereignis „Unfall“ durch Nahrungsmittelaspiration, die durch nachfolgende Untersuchungen häufig korrigiert werden muss.

Die gesetzlichen Regelungen zur ärztlichen Leichenschau ermöglichen dem Ersthelfer die Option der Todesfeststellung, die in etwa 50 % der Fälle erst nach Ausschöpfung der Reanimationsmöglichkeiten erfolgt. Der später hinzu gerufene Leichenschauarzt muss berücksichtigen, dass petechiale Blutungen, Exkoriationen in der Nasen-/Mundregion, Eintrocknungen und Hämatome am Thorax und an den Oberarmen etc. Reanimationsartefekte sein können. Bei der Laienreanimation durch Angehörige können die Betroffenen an die Grenzen ihrer physischen Belastungsgrenze gehen. Folglich soll die Anamneseerhebung des Leichenschauarztes alle verfügbaren Angaben zur Auffindungssituation bis ins Detail und zu etwaigen Reanimationsmaßnahmen durch Laien und Ärzte umfassen.

Das Prozedere der ärztlichen Leichenschau bei Verdachtsfällen auf SID ist regional verschieden geregelt. Mancherorts gibt es gut funktionierende Netzwerke zwischen dem kassenärztlichen Notdienst bzw. den Rettungsämtern, der Kriminalpolizei und den Rechtsmedizinern. In jedem Fall ist anzuraten, auf der Todesbescheinigung die Kategorie „Todesart ungeklärt" anzukreuzen und der damit verbundenen Informationspflicht gegenüber den zuständigen Ermittlungsbehörden nachzukommen. Nur auf diesem Wege ist die umfassende Befunderhebung und – im Falle des begründeten Anfangsverdachtes auf ein Fremdverschulden – eine Beweismittelsicherung möglich. In Deutschland stehen die rechtsmedizinischen Institute, die mit der Untersuchung des Plötzlichen Säuglingstodes in der Mehrheit der Fälle zur „Schuldentlastung" der betreuenden Personen entscheidend beitragen, für eine konsiliarische Beratung zur Verfügung.

Die „Innere Leichenschau" durch Rechtsmediziner und Pathologen orientiert sich an geltenden Richtlinien. Der makroskopische Untersuchungsbefund gibt in einigen Fällen Hinweise auf den Sterbevorgang (in Anlehnung an Kleemann und Bajanowski 2004):

- Petechien (subpleural, subepikardial, subperikardial; häufiger unter die Thymuskapsel, seltener unter die Nierenbeckenschleimhaut etc.) → Hypoxämie, Vasokonstriktion, intrathorakale Druckstörungen in einer Phase der Schnappatmung
- Lungenödem, z. T. mit hämorrhagischer Komponente, teils diffus, teils herdförmig; Dys- und Atelektasen häufig mit konsekutivem Lungenemphysem → agonale Ventilationsstörungen, ggf. begleitender Virusinfekt
- Rechtsherzdilatation mit Blutfüllung der Herzhöhlen und der herznahen venösen Gefäße → Druckerhöhung in den pulmonalen Strombahnen, ggf. Erregungsleitungsstörungen
- Zeichen gestörter agonaler Blutzirkulation in Leber, Milz und Nieren → Kreislaufzentralisation mit kompensatorischer Katecholaminausschüttung
- mäßiges bis starkes diffuses weiches Hirnödem mit Zyanose von Hirngewebe und Hirnhäuten → Hypoxie bzw. Hypoxidose (bei frühem Säuglingstod ggf. Reifungsstörung des Gehirnes)

- Rötung der Schleimhäute der äußeren Atemwege; Vergrößerung der Lymphknoten insbesondere paratracheal und mesenterial → ggf. akut exazerbierter Luftwegsinfekt
- agonale, teilweise massive Aspiration von Nahrungsbestandteilen (tiefe Aspiration häufig nach histologischer Untersuchung ausgeschlossen) → zentrale Atemregulationsstörung
- Urinabgang, seltener Kotaustritt → zentrale Dysregulation des vegetativen Nervensystems

Alle vorstehenden Befunde sind bei erheblicher Variabilität nicht diagnoseweisend. Deshalb wird der *Asservierung von Organproben* eine zunehmende Bedeutung beigemessen.

Folgt man den Vorgaben der multizentrischen deutschen Studie „Plötzlicher Säuglingstod" (Findeisen et al. 2004) sind für histologische Untersuchungen zahlreiche Proben aus 27 Organen und „relevanten" Geweben unter besonderer Berücksichtigung der äußeren Atemwege, des Immunsystems, des Endokrinums, des Gastroenterons, der Hämatopoese, der glatten und quergestreiften Muskulatur sowie des Zentralnervensystems zu entnehmen. Die Vorschriften umfassen auch die Prozedere der Probenlagerung für immunhistochemische, toxikologische, mikrobiologische und virologische Untersuchungen (Bajanowski und Kleemann 2002).

Das Spektrum der empfohlenen Begleituntersuchungen erreicht schon jetzt die Grenzen der Möglichkeiten von Universitätsinstituten und macht den polypragmatischen Untersuchungsansatz der Ausschlussdiagnose deutlich. Eine Beschränkung auf Untersucher mit einschlägiger Qualifikation und eine enge Zusammenarbeit mit Referenzinstituten – z. B. bei der Interpretation neuropathologischer Befunde – hat dazu geführt, dass die Grauzone des SID immer kleiner wird.

Die PCR-Techniken ermöglichen nun auch an gelagerten Blutproben und durch die in-situ-Hybridisierung an histologischen Schnitten eine Virusdiagnostik. Noch ist nicht abschließend geklärt, ob dadurch neue Bewertungsmaßstäbe in der großen Problemgruppe der viralen Infekte des Atemtraktes und des Myokards gesetzt werden können (Rognum 1995). Die moderne bakteriologische und virologische Diagnostik hat viele neue Erkenntnisse erbracht. Dennoch bleibt häufig die Frage offen, weshalb ein weit verbreiteter Erreger mit mäßiger Aggressivität, der auch bei gesunden Säuglingen molekulargenetisch subtypisierbar ist, im konkreten Fall den akuten Säuglingstod verursacht.

Letztendlich hat sich das Spektrum der *Ausschlussdiagnosen* nicht gewandelt. Nachstehende Auflistung natürlicher Todesfälle von Kleemann und Bajanowski

(in Anlehnung an Kleemann und Bajanowski 2004) lässt sich durch eigene Erfahrungen bestätigen:

- Infektionen des Atemtraktes wie Bronchopneumonie und/oder interstitielle Pneumonie,
- ausgeprägte bakterielle lokale Infektionen, wie Myokarditis, Meningoenzephalitis, Otitis media, toxische Enterokolitis,
- generalisierte Virusinfektionen, Zytomegalie,
- angeborene Fehlbildungen wie Endokardfibroelastose, Aortenisthmusstenose, fibromuskuläre Dysplasie der Koronararterien,
- Todesfälle unterschiedlicher Genese wie Stoffwechselerkrankungen, klinisch latente Tumorerkrankungen etc.

Bei der Differenzialdiagnostik des SID muss dem *Ausschluss nicht-natürlicher Todesursachen* besondere Beachtung gewidmet werden. Akzidentielle Todesfälle – wozu auch die Aspiration von Nahrungsbestandteilen gehört – sind die Ausnahme. Nach eigenen Erfahrungen sind in Übereinklang mit rechtsmedizinischen Literaturangaben (Weigel 1985) etwa 5 % der plötzlich verstorbenen Säuglinge Opfer einer Tötung. Wiederholte plötzliche Säuglingstodesfälle bedürfen einer gründlichen Anamneseerhebung. In einer viel zitierten Kasuistik wurde über die familiäre Häufung von SID-Fällen bei 5 Säuglingen nach Schlafapnoe berichtet (Steinschneider et al. 1982). Später stellte sich heraus, dass die Mutter ihre Kinder erstickt hatte. Nach einer aktuellen britischen Untersuchung von wiederholten plötzlichen Todesfällen wurden in 7 von 48 Fällen (ca. 15 %) Tötungsdelikte vermutet (Carpenter et al. 2005). Wir halten einen derartigen Anteil bei wiederholten SID-Fällen für realistisch.

Bajanowski und Kleemann haben 2002 die *„Differenzialdiagnosen zum gewaltsamen Tod“* zusammengefasst, die mit geringen Modifikationen aus eigener Kasuistik wiedergegeben werden:

- Ersticken (Asphyxie)
  - Weiche Bedeckung, Verschluss von Atemöffnungen
  - Hals- und Thoraxkompression
  - Fremdkörperaspiration
  - Ertränken
- Folgen von Misshandlung/Vernachlässigung
  - Schädel-Hirn-Trauma, Schütteltrauma
  - Bauchtrauma
  - Vergiftung, Überdosierung durch Analgetika/Antipyretika nach Laienmedikation
  - Münchhausen-by-proxy-Syndrom
  - Hyperthermie, Verbrühung
  - Unterernährung/Exsikkose

7.6 Hilfestellungen für Betroffene, Elternbetreuung

Die Leichenschau bei SID-Fällen ist problembeladen, wie drei Episoden aus Berufserfahrungen des Erstautoren deutlich machen sollen:

- Nach erfolgter rechtsmedizinischer Todesfeststellung hob der Vater den Säugling aus dem Bett und legte ihn wortlos in meine Arme.
- In einem anderen Fall suchte mich ein Pfarrer unmittelbar nach der Leichenschau mit der Bitte auf, die vorgesehene Leichenöffnung des Säuglings zu verhindern oder wenigstens die Durchführung zu verschweigen.
- Eine betroffene Mutter forderte mich auf, die Untersuchung des Leichnams zu beenden; sie habe das Kind getötet. Die Selbstbezichtigung war unbegründet, wie nachfolgende polizeiliche Ermittlungen bestätigten. Die Betroffene musste psychiatrisch behandelt werden.

Die Kasuistiken liegen mehr als 20 Jahre zurück. Inzwischen liegen zahlreiche Untersuchungen über die psychosozialen Folgen des SID vor. In einer repräsentativen Datenbank, die durch die Arbeitsgruppe „Prävention des Plötzlichen Kindstodes" des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales in Auftrag gegeben wurde, wird aufgezeigt, dass die Eltern nachhaltig an schwersten Angst- und Depressionszuständen leiden. Als Spätfolgen werden eine erhöhte Neigung zum Alkoholkonsum, eine gesteigerte Scheidungsrate und eine verringerte Lebenserwartung angegeben. Bei den Geschwistern der verstorbenen Säuglinge sind vermehrt Verhaltensstörungen zu beobachten (Paditz et al. 2005).

Die am ärztlichen Notfalleinsatz Beteiligten sollten nach Abbruch der Reanimationsmaßnahmen und Todesfeststellung der betroffenen Familie Hilfe anbieten. Die Unvorhersehbarkeit und Endgültigkeit des Ereignisses ist für die Eltern zunächst unbegreifbar. Nichtwissen zu den Hintergründen des SID und Intransparenz der Folgemaßnahmen verstärken die seelische Belastung. Am Beginn der Trauerarbeit steht die rasche Aufklärung über das Geschehene.

Einige Grundregeln sind zu beachten (Helmerichs et al. 1996), wobei Gesprächsführung und konkrete Hilfsangebote der gegebenen Situation entsprechen müssen. Das Konstrukt der „ungeklärten" Todesart, welches a priori eine kriminalpolizeiliche Recherche und eine gerichtliche Obduktion gemäß § 159 StPO einschließt – durch die Staatsanwaltschaft veranlasst und durch das Gericht erzwingbar – ist den betroffenen Eltern schwer zu vermitteln. Es ist beklagenswert, dass in Deutschland die Verwaltungssektion als Maßnahme der Todesursachendiagnostik frei von judiziellen Vorgaben nicht zur Verfügung steht. Die nachfolgende „Checkliste" ist als *Orientierungshilfe für das ärztliche Verhalten* in der Akutsituation zu verstehen (mod. nach Helmerichs et al. 1996).

- **Eltern bei Reanimationsmaßnahmen und Todesfeststellung nicht ausgrenzen**
- **Mitteilung des Todes in Eindeutigkeit**
- **Erläuterung von Todesart und Polizeieinsatz**
- **Erste Informationen über den SID, Schuldgefühle abbauen**
- **Entlastende Seite der Obduktion darstellen**
- **Abschiednahme ermöglichen, Zeit geben**
- **Familie nicht zurücklassen, auf Elternhilfeorganisationen hinweisen**

7.7 Schlusswort

Der Plötzliche Kindstod hat in den vergangenen 15 Jahren mit allgemeiner Kenntnis über die Risikofaktoren einen starken Rückgang erfahren. Verdienstvolle Präventionskampagnen haben diese erfreuliche Entwicklung befördert. Auf der anderen Seite wird durch die fortschreitenden Möglichkeiten der Obduktionsdiagnostik mit ihrem breiten Repertoire an begleitenden Untersuchungen der verbleibende Anteil an ungeklärten SID-Fällen immer geringer.

Den gefährdeten Säuglingen ist nicht geholfen, wenn man den sozioökonomischen Aspekt des SID nicht offen thematisiert. Insofern werden – auch vor dem Hintergrund von Migration und zunehmender gesellschaftlicher Differenziertheit – umfassende Informationsmaßnahmen in Verbindung mit Hilfsangeboten fortgeführt werden müssen.

Es zeichnet sich bereits heute ab, dass die jahrzehntelange Forschung zur Ätiopathogenese des Plötzlichen Kindstodes die Suche nach einer Fiktion gewesen ist. Damit waren die zahlreichen Forschungsansätze nicht vergebens: An die Stelle der Hilfskonstruktion „SID“ tritt eine medizinisch-naturwissenschaftlich begründete Diagnose.

Das tragische Ereignis des plötzlichen Todes im Säuglingsalter ist damit nicht aus der Welt geschafft.

Literaturverzeichnis

Bajanowski T. Schlusswort. Diskussion zu dem Beitrag der Plötzliche Kindstod. Deutsches Ärzteblatt 102 2005: A-765–767.

Bajanowski T, Kleemann WJ. Der plötzliche Kindstod. Rechtsmedizin 12 2002: 233–248.

Bajanowski T, Poets Ch. Der plötzliche Säuglingstod. Epidemiologie, Ätiologie, Pathophysiologie und Differenzialdiagnostik. Deutsches Ärzteblatt 101 2004: A-3185–3190.

Beckwith JB. Discussion of terminology and definition of the sudden infant death syndrome. In: Bergmann AB, Beckwith JB, Ray CG. (eds.) Sudden infant death syndrome: Proceedings of the second international conference on the causes of death in infants. Seattle: University of Washington Press 1970: 14–22.

Bentele KHP. Autonomes Nervensystem und Plötzlicher Säuglingstod. In: Paditz E. (Hrsg.) Prävention Plötzlicher Säuglingstod in Deutschland (2). Verlag Christoph Hille, Dresden 2005: 87–90.

Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Lancet 363 2004: 185–191.

Carpenter RG, Wait A, Coombs R et al. Repeat sudden unexpected and unexplained infant deaths: natural or unnatural? Lancet 365 2005: 29–35.

Daunderer M. Säuglingstod durch mütterliches Amalgam. Diskussion zu dem Beitrag der Plötzliche Kindestod. Deutsches Ärzteblatt 102 2005: A-764.

DEGUM. Plötzlicher Kindstod durch Ultraschallscreening vermeidbar. AWMF online 2007.

Findeisen M, Vennemann M, Brinkmann B et al. German study on sudden infant death (GeSID): design, epidemiological and pathological profile. Int J Legal Med 118 2004: 163–169.

Fitze G. Gibt es einen genetischen Hintergrund für den plötzlichen Kindstod? In: Paditz E. (Hrsg.) Prävention Plötzlicher Säuglingstod in Deutschland (2). Verlag Christoph Hille, Dresden 2005: 91–96.

Helmerichs J, Bentele KHP, Kleemann WJ et al.: Plötzlicher Säuglingstod. Vorschläge zur Betreuung betroffener Familien in der Akutsituation. Deutsches Ärzteblatt 93 1996: A-519–522.

Henning W, McNamara F, Thach B. Indikatoren für eine Arousal-Aktivierung bei Säuglingen: Seufzer, Startle, Schlafspindel-Suppression und Änderung der Herzfrequenz als Lebensrettungs-Mechanismen bei Atemwegsobstruktionen. In: Paditz E. (Hrsg.) Prävention Plötzlicher Säuglingstod in Deutschland (2). Verlag Christoph Hille, Dresden 2005: 99–100.

Hogberg U, Bergstrom E. Suffocated Prone: The Iatrogenic Tragedy of SID 2000. Am J Public Health 90 2000: 527–531.

Kleemann WJ, Bajanowski T. Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kindesalter. In: Brinkmann B, Madea B. (Hrsg.) Handbuch gerichtliche Medizin Band 1, Springer Berlin, Heidelberg, New York 2004: 1071–1128.

Krous HF, Beckwith JB, Byard RW et al.: Sudden infant death syndrome (SIDS) and unclassified sudden infant deaths (USID): a definitional and diagnostic approach. Pediatrics 114 2004: 234–238.

Mathews TJ, Menacker F, MacDorman MF. Infant Mortality Statistics from the 2002 Period. Linked Birth/Infant Death Data Set. National Vital Statistics Reports (USA) 53 2004: 1–10.

McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. Pediatrics 100 1997: 214–219.

Meyer zu Schwabedissen O. Anblasreflex prüfen. Diskussion zu dem Beitrag der Plötzliche Kindstod. Deutsches Ärzteblatt 102 2005: A-765.

Meyer-Borchert W. Psychodynamische Ursachen. Diskussion zu dem Beitrag der Plötzliche Kindstod. Deutsches Ärzteblatt 102 2005: A-763.

Norvenius SG. Is SIDS a new phenomenon? In: Rognum TO. (ed.) Sudden Infant Death Syndrome. New Trends in the Nineties. Scandinavian Press, Oslo 1995: 11–14.

Pabst B. Datenblatt der Babyhilfe e. V. 2005: www.destatis.de.

Paditz E. Prävention des plötzlichen Säuglingstodes in Deutschland. In: Paditz E. (Hrsg.) Prävention Plötzlicher Säuglingstod in Deutschland (2). Verlag Christoph Hille, Dresden 2005: 11–27.

Paditz E. Konsenspapier SID-Prävention in Deutschland. Kinder und Jugendarzt 34 2003: 190–1991.

Paditz E, Mosshammer A, Kramer J. Trauer nach Plötzlichem Säuglingstod: Folgen und Hilfsmöglichkeiten. In: Paditz E. (Hrsg.) Prävention Plötzlicher Säuglinstod in Deutschland (2). Verlag Christoph Hille, Dresden 2005: 111–115.

Paterson DS, Trachtenberg FL, Kenney MD et al. Multiple Serotonergic Brainstem Abnormalities in Sudden Infant Death Syndrome. JAMA 296 2006: 2124–2132.

Paul-Ehrlich-Institut. Kein Zusammenhang zwischen Impfung mit hexavalentem Impfstoff und Todesfällen nachgewiesen. 2003: www.pei.de.

Peschel A. Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland und in der Deutschen Demokratischen Republik in den Jahren 1970–1989 am Beispiel der Propagierung der Bauch- und Rückenlage für Säuglinge. In: Paditz E. (Hrsg.) Prävention Plötzlicher Säuglingstod in Deutschland (1). Verlag Christoph Hille, Dresden 2004: 144–147.

Poets CF. Aktueller Kenntnisstand, Plötzlicher Säuglingstod-Definition, Häufigkeit, Risikofaktoren. In: Paditz E. (Hrsg.) Prävention Plötzlicher Säuglingstod in Deutschland (1). Verlag Christoph Hille, Dresden 2004: 20–27.

Prechtl HFR. Continuity of neural functions from prenatal to postnatal life. Clin Dev Med 94. Blackwell Scientific Publications 1984.

Richardson BA. Cot mattress biodeterioration and SIDS. Lancet 330 1990: 670.

Rognum TO. (ed.) Sudden Infant Death Syndrome. New Trends in the Nineties. Scandinavian University Press, Oslo 1995.

Saternus KS. Plötzlicher Kindstod. In: Madea B. (Hrsg.) Praxis Rechtsmedizin. 2. erw. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2007: 252–256.

Saternus KS, Adam G. Der Plötzliche Säuglingstod. Postmortale Flussmessungen an den großen Halsgefäßen zum Nachweis der lageabhängigen zerebralen Hypoxämie. Dtsch Med Wschr 110 1985: 297–303.

Saternus KS, Klostermann P. Plötzlicher Kindstod und sozialer Index. In: Saternus KS, Klostermann P. (Hrsg.) Der Plötzliche Kindstod. Elternbetreuung. Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck 1992: 21–43.

Smith GCS, Wood AM; Pell JP et al. Second-Trimester Maternal Serum Levels of Alpha-Fetoprotein and the Subsequent Risk of Sudden Infant Death Syndrome. NEJM 351 2004: 978–986.

Sprott TJ. Cot death – cause and prevention: experience in New Zealand 1995–2004. J Nutr Env Med 14 2004: 221–232.

Statistisches Bundesamt Deutschland. Häufigkeit des plötzlichen Säuglingstodes in Deutschland 2004. 2006: www.destatis.de.

Steinschneider A. Prolonged apnea and the sudden infant death syndrome: Clinical and laboratory observations. Pedriatics 50 1972: 646–653

Steinschneider A, Weinstein S, Diamont E. The sudden infant death syndrome and apnea/obstruction during neonatal sleep and feeding. Pedriatics 70 1982: 858–863.

Stichting wiegedood: Incidentie. 2007: www.wiegedood.nl.

Teske A. Variations in the Human hsp60 Gene between Cases of Sudden Infant Death Syndrome and non-affected Children. Inauguraldissertation, Hannover 2005.

Vennemann M. Impfungen und der Plötzliche Säuglingstod. In: Paditz E. (Hrsg.) Prävention Plötzlicher Säuglingstod in Deutschland (2). Verlag Christoph Hille, Dresden 2005: 81.

Vennemann M, Findeisen M, Butterfaß-Bahloul T et al. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: Results of GeSID. Acta Paediatrica 94 2005: 655–660.

Weigel B Plötzlicher Kindstod. Gerichtsmedizinische Aspekte der Untersuchung plötzlicher Todesfälle im Kindesalter. Dissertationsschrift zur Promotion B, Leipzig 1985.

Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS) liberation of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. Paediatr Pathol 11 1991: 677–684.

Zhou XS, Rowley JA, Demirovis F et al. Effect of testosterone on the apneic threshold in women during NREM sleep. J Appl Physiol 94 2003: 101–107.

8 Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP)

Henryk Zamorski, Steffen Weirich, Frank Häßler

8.1 Vorbemerkung

Nahezu wöchentlich berichtet die Tagespresse über Kindesmisshandlungen, die im Bereich der sexuellen und körperlichen Kindesmisshandlungen nur die Spitze eines Eisberges darstellen. Nach dem Fall der neunfachen Kindstötung in Brandenburg (juristisch achtfache Kindstötung, da ein Fall bereits verjährt war) gab es am 13.03.2006 in der Presse die Mitteilung, dass eine „36-jährige, geistig verwirrte Postangestellte aus der Altmark" seit 2001 drei ihrer Kinder getötet und auf dem Dachboden versteckt hat. Am 16.03.2006 wurde der Fund einer Säuglingsleiche in Pfungstadt gemeldet. Zum Nachdenken und auch zu mehr oder minder durchdachten sowie auch effektiven Veränderungen in den verantwortlichen Systemen provozieren dann die schockierendsten Fälle solcher Kindesmisshandlungen, die nicht selten mit dem Tod des vernachlässigten, gequälten, verletzten Kindes enden.

Dass es in Deutschland nur wenige verwertbare Statistiken bezüglich der Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung gibt, liegt sicherlich auch an der uneinheitlichen Definition. Deegener (2005) stützt sich auf eine deutsche Untersuchung von 1992, aus der hervorgeht, dass 10,8 % der Befragten zwischen 16 und 59 Jahren, N=3241) in der Kindheit Opfer eindeutiger körperlicher Misshandlungen waren. In älteren von Deegener zitierten deutschen Studien bejahten 10–15 % Verletzungen aufgrund solcher Misshandlungen, ohne das diese näher klassifiziert wurden.

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin unterscheidet in ihren Leitlinien zwischen extrafamiliären Formen (Kinder- und Jugendliche als Kriegsteilnehmer, Kinderhandel inklusive Adoption, Kinderprostitution, Kinderpornographie, Missbrauch durch Pädophile, Sexuelle

Belästigung durch Nicht-Familienmitglieder, Exhibitionismus, Vergewaltigung und Tötung, Kindesentführung, Gewalt gegen Kinder in Institutionen und Vorenthalten von Erziehung, Bildung und gesundheitlicher Fürsorge) und intrafamiliären wie körperliche Misshandlung, spezifischen Syndromen (battered child-Syndrom, shaking infant-Syndrom, Münchhausen-Syndrom by proxy, nicht akzidentelle Vergiftungen), seelische Misshandlung, körperliche und seelische Vernachlässigung und nicht zuletzt sexuelle Misshandlung (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/071-003.htm). Körperliche Misshandlung erfolgt mittels Schlägen, Stößen, Schütteln, Verbrennen, Stichen usw.

§

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden definitorisch körperliche und emotionale Vernachlässigung, körperliche und emotionale Kindesmisshandlung inklusive des Sonderfalls des Münchhausen-by-proxy-Syndroms und sexueller Kindesmissbrauch unterschieden. Körperliche Kindesmisshandlung ist definiert als direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Verbrennen, Verätzen, Schütteln, aber auch die Schädigung durch Intoxikation eines Kindes (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/028-034.htm).

Kindesmisshandlung im juristischen Sinne ist unter dem § 223 b StGB subsumiert:

„(1) Wer Personen unter 18 Jahren oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit Wehrlose, die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen oder seinem Hausstand angehören oder die von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder durch ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis von ihm abhängig sind, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft."

Man geht von einer Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrungen in der Kindheit in Deutschland bei Männern von 11,8 % und bei Frauen von 9,9 % aus. Neuere US-amerikanische Studien berichten über weitaus höhere Prävalenzen. Im Rahmen einer Fragebogenstudie (Selbstauskunft) gaben unter insgesamt 1442 Befragten 22,2 % der Männer und 19,5 % der Frauen an, über körperliche Misshandlungserfahrungen in der Kindheit zu verfügen (Briere et al. 2003). Maker et al. (2005) untersuchten mit einem ähnlichen Design 251 Frauen unterschiedlicher ethnischer Herkunft, wobei die Prävalenz bezüglich kindlicher Gewalterfahrungen zwischen 65 und 78 % schwankte.

Physische Misshandlungsfolgen offenbaren sich meistens erst im Rahmen ärztlicher, in der Regel pädiatrischer Untersuchungen, wobei die Unterteilung in spezifische und unspezifische Symptome alleine trügerisch sein kann. Es gibt quasi keine typischen Symptomkombinationen. Nicht selten stehen spezifische und unspezifische Symptome nebeneinander. Vielmehr kommt es darauf an, die objektiv vorhandenen Verletzungen, Schädigungen im Gespräch mit Eltern, Angehörigen und dem betroffenen Kind richtig einzuordnen. Sind die Erklärungen plausibel, korrelierbar zum Entwicklungsstand des Kindes und werden sie durch „neutrale Dritte" bestätigt, sollten die noch bestehenden Zweifel/Verdachtsmomente nach sorgfältiger Dokumentation (inklusive Fotos) im weiteren Verlauf durch engmaschige Kontrollen ausgeräumt werden. Erhärtet sich der Verdacht bzw. liegt eine akute Kindeswohlgefährdung vor, sind die notwendigen Schritte zum Schutz des Kindes unverzüglich einzuleiten.

Laut § 8a des Sozialgesetzbuches VIII – Kinder- und Jugendhilfe in der Fassung vom 27.12.2004 mit den eingearbeiteten Veränderungen auf der Basis des Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes (KICK) obliegt den Jugendämtern eine Wächter- und Schutzfunktion bei vorliegender Kindeswohlgefährdung. Bei vitaler Gefährdung ist eine sofortige stationäre Einweisung indiziert.

8.2 Definition

Der Begriff „Münchhausen-Syndrom by proxy" wurde von Meadow 1977 in die wissenschaftliche Literatur eingeführt (Meadow 1977). In der (neueren) Literatur wird das Syndrom auch mit „artifizielle Störung bei proxy-aSbp" oder Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom bezeichnet (Noeker 2004). Das MSBP ist eine Form der Kindesmisshandlung, bei der die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über einen längeren Zeitraum Symptome oder Krankheiten ihres Kindes vortäuschen oder induzieren, was dem Kind zweifelsfrei Schaden zufügt, indem es unnötige Krankenhausaufenthalte, eingreifende Untersuchungen und Leiden ertragen muss. Der oder die Sorgeberechtigte, in der Regel die Mutter, erfindet Symptome/Krankheiten, dramatisiert den Krankheitsverlauf oder verfälscht Anamnesen. Alternativ dazu bzw. in Kombination dazu werden aktiv Symptome (z. B. Apnoe, Diarrhoe, Erbrechen oder Fieber) erzeugt oder im weitesten Sinne toxische Substanzen appliziert – im schlimmsten Falle mit letalem Ausgang. Zusätzlich werden die Kinder durch bereitwillig erlaubte oder durch die Täterin geforderte invasive diagnostische oder therapeutische Eingriffe geschädigt. Dabei werden die Kenntnis der Ursachen bzw. eigene Anteile von der Täterin vehement bestritten.

Das MSBP ist durch 4 Merkmale definiert (Noeker und Keller 2002):

1. Bei einem Kind liegt ein Beschwerdebild vor, das von einem Elternteil oder einer anderen Person, die für das Kind Verantwortung trägt,

vorgetäuscht und/oder erzeugt worden ist.
2. Das Kind wird zur medizinischen Untersuchung und extensiven Behandlung vorgestellt, häufig einhergehend mit multiplen Eingriffen.
3. Die vorgestellte Person verleugnet ihr Wissen um die Ursachen des Beschwerdebildes.
4. Die akuten Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der Täterin getrennt wird.

8.3 Epidemiologie

In einer britisch-irischen Studie werden Inzidenzzahlen von mindestens 2,8 auf 100.000 bei unter Einjährigen und mindestens 0,5 auf 100.000 bei unter Sechzehnjährigen berichtet (McClure et al. 1996). Das entspricht ungefähr einem Fall pro Jahr unter 1 Million Einwohnern. Höhere Dunkelzahlen aufgrund nicht aufgedeckter Fälle können vermutet werden. Bis zu 10 % der betroffenen Kinder sterben und über 50 % entwickeln eine Langzeitmorbidität (Department of Health 2006). Extrem gefährdet sind auch die Geschwister von MSBP-Opfern.

8.4 Kasuistik

Anhand eines durch die Autoren bearbeiteten authentischen Falles sollen nachfolgend die Todesumstände eines Kindes näher beleuchtet und eine natürliche vs. unnatürliche Todesursache diskutiert werden.

Nach dem Tod eines 15 Monate alten Mädchens war in einem rechtsmedizinischen Gutachten nachdrücklich auf folgende Aspekte hingewiesen worden:

> *„Bei dem knapp 1 ½ -jährigen Mädchen konnten weder bei der Obduktion noch bei den anschließenden feingeweblichen Organuntersuchungen Befunde erhoben werden, die dessen plötzlichen Tod zwingend erklären. Es konnten auch keine krankhaften Organveränderungen festgestellt werden, die als Grund für die vielfachen stationären und ambulanten Behandlungen des Kindes angesehen werden könnten. Eine zum Tode führende Vergiftung konnte ebenfalls durch die toxikologisch-chemische Untersuchung ausgeschlossen werden. Ungewöhnlich war in diesem Zusammenhang lediglich der Nachweis von Koffein, auch wenn sich die Organkonzentrationen nicht im toxisch relevanten Bereich befanden. Die feingeweblichen Befunde wiesen wiederum in ihrer Gesamtheit auf eine dem Todeseintritt vorausgegangene allgemeine Sauerstoffnot hin, so dass zum Beispiel alternativ ein Erstickungstod (evtl. Atemwegsverlegung durch weiche Bedeckung) durchaus in Betracht käme. Das ansonsten leere Obduktionsergebnis passt sich andererseits in die auffällige Krankenvorgeschichte des Kindes mit insgesamt 11 stationären Aufenthalten und dazwischen liegenden häufigen ambulanten Behandlungen (42), bei denen niemals wesentliche Erkrankungen festgestellt werden konnten, ohne weiteres ein.“*

Durch die Staatsanwaltschaft erfolgte die Bitte um eine forensisch-psychiatrische gutachterliche Äußerung, ob der seitens des Institutes für Rechtsmedizin geäußerte Verdacht auf das Vorliegen eines Münchhausen-Syndroms by proxy geteilt werde bzw. bestätigt werden könne.

Das verstorbene Mädchen war als das jüngste von insgesamt drei Geschwisterkindern geboren worden, wobei der älteste Bruder 3 Jahre älter und der mittlere Bruder 1 ½ Jahre älter waren. Bei der Kindesmutter handelte es sich um ein Adoptivkind; sie verfügte über den Abschluss der 8. Klasse der Hauptschule. In den 15 Monaten, in denen das Mädchen lebte, wurde es – wie bereits erwähnt – 11-mal stationär und 42-mal ambulant behandelt bzw. vorgestellt.

Im Alter von 9 Wochen fand ein erster stationärer Aufenthalt statt. Aus den Aufzeichnungen ging hervor, dass sowohl das Geburtsgewicht mit 3150 g als auch die Geburtslänge mit 49 cm und die bisherige Entwicklung keinerlei Auffälligkeiten aufwiesen. Die Einweisung war über den Notarzt erfolgt, wobei das Kind am Aufnahmetag plötzlich geschrieen hätte, dann blau angelaufen wäre und für ca. 10–20 Minuten keine Luft geholt habe. Des Weiteren wurde erwähnt, dass die Patientin auch Blut gespuckt hätte. Im Aufnahmebefund wurden ein reduzierter Allgemeinzustand bei gutem Ernährungszustand, ein blasses Hautkolorit und eine große Fontanelle beschrieben. Bis auf einen Nabelbruch und eine behinderte Nasenatmung sowie etwas verschärfte Atemgeräusche wurden keine nennenswerten Auffälligkeiten registriert. Die Patientin war vor diesem ersten stationären Aufenthalt schon in HNO-ärztlicher Behandlung gewesen. Im Rahmen der fast dreiwöchigen Therapie erfolgten bei ursprünglicher Speineigung sowie Durchfällen und einer leichten Temperaturerhöhung bis 38 °C eine diätetische Behandlung und ein anschließender Nahrungsaufbau. Als Entlassungsdiagnosen wurden eine Rhinopharyngitis acuta, eine Gastroenteritis durch Rotaviren, Soor, vermehrte Speineigung und eine Infektanämie gestellt. Auffällig war, dass aus den Krankenunterlagen nicht hervorging, ob und wenn ja, wie oft und in welcher Form sich die Eltern über das Befinden ihres Säuglings erkundigt haben. Eintragungen zu Anrufen oder Besuchen, die in der Regel in der Pflegedokumentation vermerkt werden, fanden sich nicht.

Die zweite stationäre Aufnahme erfolgte bereits zwei Tage nach der ersten Entlassung wegen Husten, Unruhe und fiebrigen Temperaturen bis 39 °C. Aus der Krankenakte ging hervor, dass sich der Schnupfen gebessert hätte und Durchfälle nicht mehr aufgetreten seien. Die Entlassungsdiagnosen lauteten Bronchopneumonie, Otitis media acuta beidseits, Rhinopharyngitis, akute Gastroenteritis, Mundsoor, Windeldermatitis. Dabei wurde die Diagnose einer Lungenentzündung nur aufgrund eines auskultatorischen Befundes gestellt. Es erfolgte keine röntgenologische Absicherung. Wiederum ging aus den Behandlungsunterlagen nicht hervor, ob und wenn ja, in welcher Form eine Kontaktaufnahme der Eltern zu ihrem Kind bzw. zum Krankenhauspersonal stattfand.

Im Alter von knapp 5 Monaten erfolgte ein Aufenthalt in einer Universitätskinderklinik und somit nicht in dem Krankenhaus, in dem die beiden ersten Aufenthalte stattgefunden hatten. Von der Mutter gemachte Angaben

zu früheren Krankenhausaufenthalten waren nicht korrekt; es gab hierzu auch keine Unterlagen.

Als jetziger Einweisungsgrund wurde angegeben, dass das Mädchen blau geworden wäre, die Augen verdreht habe und dann geschrieen hätte. Im Schreien wäre ihr plötzlich die Luft weggeblieben. Obwohl im Aufnahmebefund vermerkt wurde, dass das Kind einen akut kranken Eindruck machte, fanden sich bis auf einen mäßigen Pflegezustand und eine genitoanale Soordermatitis keinerlei weitere Auffälligkeiten bzw. Normabweichungen. Zwar wurde die Diagnose eines Zyanoseanfalls gestellt; in der Epikrise wurde aber darauf hingewiesen, dass das von der Mutter geschilderte Geschehen keinem eindeutigen Krankheitsbild zugeordnet werden konnte. Suspekt war, dass die Diagnose „Zyanoseanfall" nur auf den Bericht der Mutter zurückging. Sie konnte durch unbeteiligte Dritte bzw. Fachleute nicht verifiziert werden.

Beim nächsten Krankenhausaufenthalt ging aus dem Krankenblatt hervor, dass die kleine Patientin nach Abwesenheit der Kindesmutter bei deren Rückkehr blau gewesen sein soll. Darüber hinaus hätte sie aus Mund und Nase geblutet. Es gab einen Hinweis, dass die beiden Geschwister mit einer ähnlichen Symptomatik früher in einer anderen Klinik behandelt worden wären. Im Vergleich zur Voraufnahme wurden wiederum abweichende Angaben zu früheren Krankenhausaufenthalten getätigt. Im Aufnahmebefund selbst fanden sich keinerlei Normabweichungen. Aus der Pflegedokumentation ging hervor, dass die Kindesmutter ihre Tochter in der Klinik besucht hatte. Als Diagnosen wurden Zustand nach Fieberkrampf, Pharyngitis acuta und Bronchitis acuta gestellt. Aus der Epikrise ging des Weiteren hervor, dass das 2-mal abgeleitete Elektroenzephalogramm unauffällig war. Die durch den Notarzt beschriebene blutige Sekretion aus der Nase konnte nicht erklärt werden. Es erfolgte ein ausführliches Gespräch mit den Eltern über das Verhalten bei einem Krampfanfall. Das fragliche Anfallgeschehen wurde nur durch die Mutter beschrieben. Eine Objektivierung bzw. Verifizierung war durch die Diagnostik nicht möglich. Es fand sich die erste dokumentierte Verdachtsäußerung einer möglichen Außeneinwirkung – Blut im Bereich von Mund und Nase.

Beim nachfolgenden stationären Aufenthalt berichtete die Kindesmutter wiederum, das Kind blau im Bett vorgefunden zu haben. In den Unterlagen wurde vermerkt, dass

> *„nach wie vor kein echter Hinweis auf externe Gewalteinwirkung (besteht). Im Gespräch mit der Mutter wurde auf die Diskrepanz zwischen dem Befinden des Kindes auf Station und zu Hause hingewiesen. Keine sicheren Anhaltspunkte für die angegebene Symptomatik."*

Das Kind habe laut Mutter eine weiße Hautfarbe, eine periphere Zyanose und eine Schnappatmung aufgewiesen. Im Krankenwagen sei es dann unter Sauerstoffgabe zu einer Besserung gekommen. Nachdem die Eltern ursprünglich eine Diazepamgabe verneint hatten, gab die Mutter in einem späteren Gespräch doch zu, ihrem Kind 5 mg Diazepam verabreicht zu haben, weil sie

davon ausgegangen wäre, dass „Diazepam bei Fieber helfen würde“. Bei Aufnahme machte das Kind einen deutlich kranken Eindruck bei reduziertem Allgemeinzustand und wechselnder Bewusstseinslage. Die Atmung war angestrengt mit tiefen Einziehungen und beidseits grobblasigen Geräuschen; des Weiteren war die Atmung beschleunigt. Aus dem Pflegebericht ging hervor, dass die Mutter sowohl allein als auch gemeinsam mit dem Kindesvater das Mädchen des Öfteren besucht habe. Es war ein Eintrag zu finden, der sich auf die Kindesmutter während eines Besuches bezog: „Machte heute einen fürsorglichen Eindruck (…).“ Als Diagnosen wurden eine „Oberlappenpneumonie mit schwerem Schockereignis unklarer Ätiologie“ und eine „mukopurulente Tracheobronchitis“ gestellt. Die Lungenentzündung hatte sich – röntgenologisch bestätigt – zurückgebildet. Alle anderen Befunde, einschließlich EKG, Liquorbefund und EEG waren unauffällig. In der Epikrise wurde der Verdacht auf eine Fremdeinwirkung – Fehlverhalten – explizit geäußert.

Da das Kind schon wiederholt in unserer Klinik stationär war und aus Gesamtsicht auch der Verdacht auf eine Fremdeinwirkung – Fehlverhalten bestand, wurde das Jugendamt informiert und um eine Familienbetreuung gebeten. Dies wurde zugesichert und gleichzeitig ein Überwachungsgerät bei Gefahr eines Plötzlichen Kindstodes verordnet. Die Eltern wurden entsprechend eingewiesen. Suspekt war, dass die Oberlappenlungenentzündung keine entzündliche Genese hatte, sondern am ehesten auf das Verschlucken eines Fremdkörpers bzw. auf einen passageren Sauerstoffmangel zurückzuführen war.

Nach einem weiteren stationären Aufenthalt im Alter von 9 Monaten wegen fiebriger Temperaturen sowie eines Erkältungsinfektes (Diagnosen: Bronchopneumonie, Tonsillopharyngitis acuta, genitoanale Soordermatitis), der keine Besonderheiten gezeigt hatte, fand 2 Wochen später aufgrund fiebriger Temperaturen sowie eines Schreikrampfes eine erneute Einweisung in die zuletzt aufgesuchte Klinik statt. Laut Eintragung machte das Kind einen wenig kranken Eindruck. In der dürftigen Pflegedokumentation fand sich erst nach 13 Behandlungstagen ein Eintrag, dass die Oma die Patientin im Krankenhaus besucht hätte, die Kindesmutter folgte dann einen Tag später. Aus der biochemischen Diagnostik wurde folgendes Untersuchungsergebnis übermittelt: „unbekannte Substanz (Arzneimittel?) vorhanden“. Laut toxikologisch-chemischem Befundbericht konnten aber keine Arzneistoffe nachgewiesen werden. Suspekt war somit einerseits, dass die Klinikeinweisung ohne deutliche Krankheitszeichen erfolgte, andererseits die Detektierung unbekannter Substanzen.

Beim nachfolgenden, 2 Wochen später erfolgten Klinikaufenthalt war im Aufnahmebefund dokumentiert, dass die Patientin keinen kranken Eindruck machte. Als Aufnahmegrund fand sich einzig und allein eine erhöhte Temperatur bis 38,7 °C. Aus der Epikrise geht hervor, dass das Mädchen 20 Minuten nach Einweisung einen akuten tonischen Krampfanfall bot, der auf eine Unterzuckerung unklarer Genese zurückgeführt wurde. Mehrere ausführliche Gespräche mit den Eltern, auch über die Möglichkeit einer Intoxikation zum

Beispiel mit oralen Antidiabetika wurden geführt, zumal die Großmutter väterlicherseits Diabetikerin war.

Beim Folgeaufenthalt gab die Kindesmutter an, dass ihre Tochter plötzlich im Kinderwagen blau gewesen wäre und den rechten Arm nach hinten verdreht hätte. Ihrer Meinung nach habe sie keine Luft geholt, erst nachdem sie sie aus dem Kinderwagen genommen und geschüttelt hätte, sei sie wieder zu Bewusstsein gekommen. Im Aufnahmebefund war vermerkt worden, dass die Patientin keinen akut kranken Eindruck machte. Ihr Pflegezustand wurde aufgrund unsauberer Stellen im Geschlechtsbereich nur als mäßig deklariert. Während des stationären Aufenthaltes hatte sie leicht erhöhte Temperaturen und wurde 3-mal von der Oma und nur 1-mal von der Kindesmutter besucht. Während als Diagnose der „Verdacht auf Krampfanfall unklarer Genese“ gestellt wurde, wurde in der Epikrise erwähnt, dass neben den Schmutzresten bei Einlieferung Blutergüsse an beiden Schienbeinen imponierten. Aufgrund der Vernachlässigung wurde nochmals Rücksprache mit dem Jugendamt gehalten. In der Epikrise wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass die Eltern eine vereinbarte Wiedervorstellung in der neuropädiatrischen Sprechstunde nicht wahrnahmen. Suspekt blieb, dass es keine objektiven Hinweise auf einen abgelaufenen Krampfanfall gab, lediglich die Angaben der Kindesmutter. Darüber hinaus hatten sich deutliche Zeichen eines vernachlässigten Pflegestiles gezeigt.

Schließlich fand ein weiterer stationärer Aufenthalt zu Beginn des 15. Lebensmonats der Patientin statt, bei dem die Diagnosen einer akuten Gastroenteritis (Rotaviren), einer Pharyngitis acuta und einer Soordermatitis genitogluteal gestellt wurden, der jedoch keine nennenswerten Merkwürdigkeiten, Ungereimtheiten bzw. Widersprüche zeigte.

In einem weiteren Krankenhaus, das bisher nicht aufgesucht worden war, fand dann der letzte stationäre Aufenthalt der kleinen Patientin nach Einweisung durch einen HNO-Facharzt statt. Im Aufnahmebogen wurde vermerkt, dass das Mädchen zwei Wochen zuvor aufgrund einer Rotavirusenteritis behandelt worden war. Eintragungen über andere stationäre Krankenhausaufenthalte fanden sich nicht. Aufnahmeanlass war die geplante Adenotomie aufgrund einer Mundatmung und häufigen Schnupfens. Der Pflegezustand wurde im Aufnahmestatus als schlecht bezeichnet; als Diagnosen waren „adenoide Vegetationen und eitriger Schnupfen“ vermerkt worden. Die Eltern gaben erst am Vorabend der geplanten Operation ihre Einwilligung, da sie vorher nicht erreichbar waren. Soweit aus den Unterlagen des Hausarztes ersichtlich war, gab es nach der Entlassung aus dem Klinikum keine unmittelbare Nachbetreuung im Sinne einer Kontrolluntersuchung. Suspekt blieb, warum die behandelnden Kollegen von Seiten der Eltern nicht über die 10 stationären Voraufenthalte informiert wurden. Dass die Eltern ihre Tochter mit einem der Operation entgegenstehenden Infekt zur stationären Aufnahme brachten und erst Tage nach dieser die Einwilligung zur Operation bzw. Aufklärung unterschrieben, warf zusätzliche Fragezeichen auf. Der schlechte Pflegezustand der Patientin wies auf eine deutliche Vernachlässigung hin.

Laut notärztlichem Protokoll ist der Tod der Patientin vier Wochen nach dem letzten Klinikaufenthalt in den Mittagsstunden eingetreten. Die Mutter habe gegenüber dem hinzugerufenen Arzt geschildert, dass sie ihre Tochter gegen 11:30 Uhr nach dem Mittagessen ins Bett zum Schlafen gelegt habe. Gegen 13:00 Uhr hätte sie nach dem Kind gesehen und festgestellt, dass es total blau sei und nicht mehr atmete. Daraufhin habe sie die Polizei angerufen und mit der Mund-zu-Mund-Beatmung begonnen, dabei waren die Eltern hinsichtlich einer gerätetechnischen Überwachung des Schlafes ihres Kindes eingewiesen worden und mit den entsprechendem Gerät ausgerüstet. Unklar blieb, warum das kardiorespiratorische Kontrollgerät mit oder ohne Pulsoxymeter, wenn es sich zum Zeitpunkt des Todes noch im Besitz der Eltern befand, während des Mittagsschlafes nicht in Betrieb genommen worden war. Ein klassischer Plötzlicher Kindstod ist im Alter von 15 Monaten eher ungewöhnlich. Nach der letzten stationären Aufnahme und der damit verbundenen HNO-ärztlichen Operation hätte die Atmung nicht mehr wesentlich behindert sein dürfen.

Insgesamt überwogen somit deutlich Hinweise, die die Annahme eines Münchhausen-Syndroms by proxy (MSBP) stützten. Nicht die häufigen ambulanten und stationären Behandlungen (teils nicht medizinisch indiziert) alleine, sondern vielmehr die klassischen Diagnosen, die zu mehreren stationären Einweisungen führten, wie Atemstillstand und epileptischer Anfall, die im Wesentlichen auf alleinige Angaben der Kindesmutter beruhten, als auch der hypoglykämische Anfall 20 Minuten nach der stationären Aufnahme wiesen im Zusammenspiel mit der zunehmenden Vernachlässigung der Patientin darauf hin, dass es im häuslichen Umfeld, insbesondere in der Beziehung zur Kindesmutter Probleme und Konflikte gegeben haben musste. Um den durch die Rechtsmediziner und teilweise auch durch die Pädiater geäußerten und durch das Studium der Krankenunterlagen erhärteten Verdacht auf ein MSBP zu verifizieren, bedurfte es jedoch zusätzlicher Informationen (Angaben über die Persönlichkeit und das Auftreten der Kindesmutter, deren Beziehungsgestaltung bzw. Verhalten zur Tochter, Reaktionen bei Vorschlägen bzgl. Einschaltung des Jugendamtes bzw. Konfrontationen mit den aufgetauchten Verdächtigungen). Wichtig zu erfahren war für eine endgültige und abschließende Einschätzung auch, inwieweit das Jugendamt involviert war, bzw. welche Informationen dort über das familiäre und häusliche Umfeld vorliegen. Letztendlich erschien eine Begutachtung der Kindesmutter unerlässlich, auch wenn die Gefahr bestand, dass sie keine Angaben machen würde.

Nach zusätzlicher Sichtung der die beiden Brüder der verstorbenen Patientin betreffenden Krankenaufzeichnungen des behandelnden Hausarztes fanden sich keine Hinweise, die den Verdacht auf das Vorliegen eines MSBP zu diesem Zeitpunkt bzw. die beiden Brüder tangierend, stützen würden. Jedoch festigten die analysierten Unterlagen die Annahme, dass die Eltern in der Erziehung überfordert waren. Die Kindesmutter war zum Zeitpunkt der Geburt ihres ersten Sohnes 18 Jahre alt. Für die angenommene Überforderung gab es sowohl Hinweise aus den Krankenunterlagen (Vernachlässigung, Bagatellisierungstendenzen

hinsichtlich durchgemachter Erkrankungen, nicht mehr entwicklungsgemäßes Windeln), als auch in den Aussagen der Leiterin der Kindertagesstätte, die die Geschwisterkinder besucht hatte. Den Mitarbeitern der Tagesstätte erschien es merkwürdig, dass die Kindesmutter oft sehr lustig über die Krankenhausaufenthalte ihrer Tochter sprach. Die Mitarbeiter sahen es als medizinische Laien häufig nicht als gerechtfertigt an, dass das von ihnen zu betreuende Kind stationär eingewiesen werden musste. Die Kindesmutter hatte den Mitarbeitern als stationäre Einweisungsgründe häufig Husten, Durchfall oder ungenügendes Essverhalten angegeben. Deckungsgleich mit den Angaben aus der Literatur (Noeker 2004), dass die Täterinnen, in der Regel die Mütter, „offensichtlich in den meisten Fällen im Mittelpunkt stehen wollen", um damit Aufmerksamkeit, Drama, Respekt, Bewunderung oder Fürsorglichkeit zu erleben", war die Einschätzung der Familienhelferin. Sie hatte zu Protokoll gegeben, dass die Kindesmutter ein starkes Geltungsbedürfnis und einen hohen Bedarf an Aufmerksamkeit hatte. Ein weiteres mögliches Motiv wurde in der Aussage deutlich, dass die Kindesmutter immer große Pläne gehabt habe und hierbei schnell zu begeistern gewesen sei. Die Umsetzung dieser Pläne scheiterte aber in der Regel. So hatte sie bisher alle begonnenen Ausbildungen abgebrochen. Ein weiteres mögliches Motiv war die Dominanz des Ehemannes, der durch seine Funktion des Alleinverdieners innerhalb der Familie „das Sagen hatte". Das Verhältnis zwischen der Kindesmutter und den in ihrem Haushalt mit lebenden Schwiegereltern war angespannt. Insgesamt kristallisierte sich aus gutachterlicher Sicht eine motivationale Gemengelage heraus. Diese setzte sich zusammen aus der erzieherischen Überforderung mit dem dritten, „kränkelnden" Kind, der untergeordneten Stellung der Kindesmutter im familiären Kontext – Schwiegereltern, dominierender Ehemann – und dem Geltungsstreben der Kindesmutter, wobei sie die wichtige fürsorgliche Mutterrolle am ehesten in Phasen bzw. Situationen, wo ihre Tochter krank war, demonstrieren konnte. Die von mehreren Personen beobachtete und beschriebene Gefühlskälte zum Zeitpunkt des Todes ihrer Tochter bzw. ihre emotionale Unbeteiligtheit auch danach, erhärteten den Verdacht auf ein MSBP. Aus gutachterlicher Sicht wäre noch zu klären gewesen, inwieweit das verstorbene Mädchen ein Wunschkind war und inwieweit sie vom Kindesvater und dessen Eltern akzeptiert wurde, und wie weit sich die familiäre Beziehungskonstellation durch Krankheiten einzelner Mitglieder, insbesondere des Mädchens, veränderte. Dafür gab es kein Mandat des Auftraggebers. Eine Anklage wurde wegen zu dürftiger Beweise nicht erhoben.

Ohne dass die genaue Todesursache verifiziert werden konnte, lässt sich in dem beschriebenen Fall unschwer eine Zunahme an manipulativen Aktivitäten von Seiten der Mutter (Eltern) konstatieren. Neben bewusster Aggravierung in der Symptomschilderung, falschen Angaben zu vermeintlichen Krankheitsanzeichen, zunehmender Verwahrlosung und Ausübung physischer Gewalt (Blutergüsse an beiden Schienbeinen) kam es zu aktiven Manipulationen (hypoglykämischer Schock)

am Körper des Kindes zur Vortäuschung von Krankheitszeichen, die zu einer objektiven Schädigung führten.

Nahezu alle auf MSBP hin deutenden Merkmale sind in diesem Fall erfüllt:

1. Berichtete Symptome und erhobene Befunde sind medizinisch nicht plausibel bzw. mit dem klinischen Gesamtbild nicht kompatibel.
2. Nicht erklärbare ungünstige Response auf therapeutische Interventionen bis hin zur Symptomverschlimmerung.
3. Symptomverschiebungen bzw. Auftreten angeblich neuer Symptome im Zusammenhang mit medizinischen Interventionen.
4. Von den Eltern berichtete Symptome werden nicht durch Dritte bestätigt.
5. Das Kind weist prototypisches Alltagsverhalten (berichtet) auf, wie es gemäß Lehrbuchwissen zu erwarten ist.
6. Die Angaben der Mutter (Eltern) zur Anamnese der Vorbehandlungen sind unvollständig.
7. Die präsentierte Symptomatik umfasst Anfälle, Bewusstseinsverlust, Apnoe, Diarrhö und rezidivierende fieberhafte Infekte.

Dagegen finden sich keine prototypischen Merkmale der Mutter nach Noeker und Keller (2002), wohl aber nach Rosenberg (2002) (s. Tab. 9). Wie in den meisten ähnlich gelagerten und beschriebenen Fällen liegt eine Kombination von unterschiedlichen Merkmalen und Motiven vor.

Tab. 9 Merkmale/Motive der Täterinnen

nach Noeker und Keller 2002	nach Rosenberg 2002
ständige Anwesenheit der Mutter während des Klinikaufenthaltes	gute Kompensation psychopathologischer Auffälligkeiten (vorrangig Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörungen)
Entwicklung enger, vertraulicher Beziehungen zum Klinikpersonal	Stabilisierung oder Aufwertung eines geringen Selbstwertgefühles durch Aufopferung und/oder Kontakte zu medizinischem Personal
Ausbildung und/oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich	unsichere Bindungsmuster
ungewöhnliche Gelassenheit bei akuten Krisenzuständen	Überforderung bei geringer Stresstoleranz, Abneigung und Hass gegenüber dem Kind, sublimiert durch Überfürsorglichkeit
Vorliegen ähnlicher medizinischer Probleme wie bei der Mutter	eher aus der Mittelschicht stammend
Verfälschung auch der psychosozialen Anamnese	Mittelpunktstrebigkeit, Streben nach Anerkennung durch den Partner, durch die Familie

8.5 Schlussfolgerungen

Aus den genannten Gründen ist es in höchstem Maße wichtig, einem MSBP-Verdacht mit größter Sorgfalt unter Berücksichtigung aller psychosozialen Belastungsfaktoren aber auch potenziell protektiver Aspekte vor dem Hintergrund des familiären Funktionsniveaus nachzugehen.

Guidelines zur Missbrauchsverifizierung
(nach Department of Health: www.doh.gov.uk/PolicyAndGuidance/fs/en)

1. kontinuierliche professionelle Beobachtung, Trennung von den Eltern/Sorgeberechtigten,
2. gründliche Untersuchung bezüglich geschilderter Symptome – diese ad absurdum führen, das betroffene Kind anhören, Eltern über Verdacht aufklären,
3. systematische Sammlung von Informationen über das Kind, Geschwister und Eltern einschließlich Vorerkrankungen, Vorbehandlungen, Sozialstatus und Vorstrafen,
4. multiprofessionelle Mehrebenendiagnostik unter Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
5. sorgfältige und umfängliche Dokumentation aller außergewöhnlichen Ereignisse, optional Videoüberwachung (ohne Einverständnis in der BRD nicht legal),
6. kritische Reflexion der Interaktionen zwischen Arzt bzw. medizinischem Personal und Kindesmutter – (Schwärmerei bis Liebeswahn).

Die Bemühungen zur Aufklärung der ursächlichen Dynamiken sollten jedoch nicht die Ausmaße einer „Hexenjagd“ annehmen, da ein ausgesprochener (unberechtigter) MSBP-Vorwurf eine schwerwiegende Anschuldigung ist, die strafrechtliche Ermittlungen, Anklage und sogar eine Verurteilung zur Folge haben kann. Rand und Feldman (1999) und Schreier (2002) zeigten anhand von Fallbeispielen MSBP-Fehldiagnosen auf, die teilweise zu Gerichtsverfahren und zu vorübergehendem Sorgerechtsentzug führten. Um bei der MSBP – Diagnose sowohl die Fehler „erster Art“ (Übersehen eines MSBP) als auch „zweiter Art“ (falsch positive Diagnose) so gering wie möglich zu halten, listeten die beiden Autoren alternative Erklärungen für Verhaltensweisen auf, die typischerweise auch bei MSBP auftreten. Beispielsweise können Eltern, die ihren Kindern auch in der Klinik nicht von der Seite weichen und exzessiv um die Gesundheit ihres Kindes bemüht sind, überängstlich und besorgt sein, ohne in einer MSPB-Motivation zu handeln, da sie davon überzeugt sind, dass ihr Kind in der Tat krank und hilfebedürftig ist. Zu dieser Kategorie zählen auch Eltern, die den Arzt wechseln, weil sie glauben, dass ihr Kind bisher nicht richtig diagnostiziert oder behandelt wurde. Auch bei Noeker und Keller (2002) findet sich eine Auflistung klinischer Szenarien, die einen MSBP-Verdacht nahe legen, aber auch anders interpretiert werden können. Die Grenzen zwi-

schen MSBP und diesen anderen Kategorien sind oft nicht so scharf zu ziehen. Nach Schreier beinhaltet MSBP sowohl die Diagnose auf Seiten des Kindes als auch die der Eltern/Sorgeberechtigten, die ihr Kind schädigen, um eigene psychische Bedürfnisse zu bedienen.

Bei Bestätigung eines MSBP und akuter gesundheitlicher Gefährdung des Kindes bzw. medizinischer Behandlungsbedürftigkeit kommt es im Rahmen eines integrativen Behandlungsansatzes auf ein schnelles interdisziplinäres und effizientes Vorgehen an:

1. Erstes Ziel ist die Sicherung des Kindeswohles unter sorgfältiger Abwägung aller Aspekte (Warnung vor übereiltem Handeln, um Kinder nicht noch mehr zu viktimisieren),
2. frühstmögliche Erkennung von Risikofaktoren, frühe Diagnosestellung, schnelle und angemessen konsequente Reaktionen,
3. Hilfekoordinierung unter Einbeziehung aller Institutionen,
4. effektive therapeutische und pädagogische Hilfen realisieren, um beim Kind Sicherheit, Schutz und Vertrauen herzustellen, das Subsystem Familie zu stärken bzw. zu befähigen, mit Problemen im Vorfeld von Kindeswohlgefährdung umzugehen,
5. bei Verdacht auf MBPS rechtzeitige Information an das Jugendamt, bei Scheitern familientherapeutischer, einzeltherapeutischer, stützender, das System Familie erhaltender Interventionen sollte eine Inobhutnahme oder sogar ein Sorgerechtsentzug/Aberkennung des Aufenthaltsbestimmungsrechtes erfolgen.

Literaturverzeichnis

Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. Child Abuse Negl. 27 2003: 1205–1222.

Deegener G. Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung. In: Deegener G, Körner W. (Hrsg.) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Hogrefe, Göttingen 2005: 37–58.

Department of Health. Safeguarding Children in Whom Illness is Induced or Fabricated by Carers with Parenting Responsibilities. http://www.doh.gov.uk/PolicyAndGuidance/fs/en. 2006: 1–64.

Maker AH, Shah PV, Agha Z. Child physical abuse: prevalence, characteristics, predictors, and beliefs about parent-child violence in South Asian, Middle Eastern, East Asian, and Latina women in the United States. J Interpers Violence 20 2005: 1406–1428.

McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen Syndrome by Proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. Arch Dis Child 75 1996: 57–61.

Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy. The hinterland of child abuse. Lancet 2 1977: 343–345.

Noeker M, Keller KM. Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatsschr Kinderheilkd 150 (2002), 1357–1369.

Noeker M. Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 53 2004: 449–467.

Rand DC, Feldman MD. Misdiagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy: A Literature Review and Four New Cases. Harvard Rev Psychiatry 7 1999: 94–101.

Rosenberg AD. Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Falsches Spiel mit der Krankheit. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. (Hrsg.) Das misshandelte Kind. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2002: 615–642.

Schreier H. Munchausen by Proxy Defined. Pediatrics 110 2002: 985–988.

9 Infantizide – Erfahrungen aus gutachterlicher Sicht

Detlef Schläfke, Frank Häßler

9.1 Vorbemerkung

Gewalt an Kindern stellt noch immer ein gesellschaftliches Phänomen dar und kann sich in vielfältiger Form, nämlich physischer, psychischer und sexueller Gewalt sowie Vernachlässigung präsentieren. Die Kindstötung ist der Kulminationspunkt der Gewalt, die von Vater oder Mutter ausgeht, oder das Resultat einer psychischen Störung der Täterin/des Täters.

In der vorliegenden Arbeit sollen ausgehend von eigenen Gutachtenerfahrungen die Begrifflichkeiten der Kindestötung erläutert sowie forensisch-psychiatrische Betrachtungen vorgenommen werden.

Bei einer zu vermutenden hohen Dunkelziffer ist von 1–2 % Kindstötungen unter den Tötungsdelikten in Deutschland auszugehen. Es entwickeln sich national und international Arbeitsgruppen, die das Forschungsfeld des Infantizids bearbeiten, da noch immer eine recht dünne Datendecke vorliegt.

Das Ziel der Arbeit ist deshalb auch, eine kleine Stichprobe von Infantizidfällen vorzulegen und damit die Datenbasis zu erweitern sowie praktische Hilfen im Rahmen der forensisch-psychiatrischen Begutachtung zu geben.

Wir stellen eine Untersuchung an 19 Klienten (15 Mütter, 3 Väter und 1 Lebenspartner), die zur Schuldfähigkeit begutachtet wurden, vor. Den Kindstötungsakten fielen 21 Kinder zum Opfer (10 Neonatizide, 3 Infantizide und 8 Filizide). Es wurden sehr heterogene Konfliktfelder und Motivationen deutlich, die von der so genannten verdrängten Schwangerschaft, über die psychotisch bedingten Handlungen sowie depressiven Störungen inklusive einer Wochenbettpsychose bis zu Tatausführungen in Konfliktkonstellationen, im Drogen-

entzug oder in einer anderen Überforderungssituation reichten. Daraus folgt aber auch, dass aufgrund der kleinen Fallzahl und Vielfalt der psychosozialen, psychiatrischen und kriminologischen Rahmenbedingungen eine statistische Bearbeitung nicht möglich war. Die sozioökonomischen Bedingungen der Täter/Täterinnen waren grundsätzlich nicht stark beeinträchtigt, auch die intellektuellen Voraussetzungen waren gut. Aufgrund der eher geringen Zahl schwerwiegender psychiatrischer Störungen kam es nur zu drei Unterbringungsempfehlungen im Maßregelvollzug.

9.2 Einleitung

Bekanntermaßen kommt es nach der Tötung eines Kindes, insbesondere wenn diese durch Mutter oder Vater erfolgte oder das Kind Opfer einer anderen Straftat wurde, zu einem erheblichen Medienrummel. Dabei ist Gewalt an Kindern ein andauerndes gesellschaftliches Phänomen und äußert sich in Form von physischer, psychischer und sexueller Gewalt sowie in Vernachlässigung. Auf die historischen Wurzeln wurde bereits in diesem Buch hingewiesen, sie sind auch an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden (Bauermeister 1994, Frick 1995, Pelliccia 2000, Schläfke et al. 2003).

Obwohl es international eine größere Zahl von Arbeiten zum Thema Kindstötungen gibt, mittlerweile auch eine europäische Arbeitsgruppe existiert und erste Metaanalysen erstellt werden, fehlen für konkrete Täter-Opfer-Situationen hinreichend valide Untersuchungen, vor allem, wenn es um die Umsetzung in einer Gutachtenbeurteilung geht (Weizmann-Henelius et al. 2006, Hatters Friedman et al. 2005a). Die Diskussionen um den Fall „Texas vs. Andrea Yates“ verdeutlichen gerade die spezifischen gutachterlichen Probleme und Anforderungen, obwohl es hier natürlich auch um Besonderheiten des amerikanischen Strafrechts ging (Spinelli 2004, Kaye 2005). Letztlich ist das Wissen um so genannte Tätertypologien noch unzureichend, wie aktuelle Studien immer wieder hervorheben, natürlich auch bezogen auf mögliche Rückfallrisiken (Putkonen et al. 2003, Hatters Friedman et al. 2005a, Hatters Friedman et al. 2005b, Lewis und Bunce 2003, Bourget und Gagné 2002, Bourget und Gagné 2005, Kline Pruett 2002, Silva und Leong 2003).

Ziel dieses Beitrages ist es, in Erweiterung unserer Daten aus 2003 (Schläfke et al. 2003) einige Aspekte zur Täterbeschreibung vorzulegen und in Bezug zur Gutachtenanforderung und -beurteilung zu diskutieren. Es handelt sich ausschließlich um Beispiele aus der Schuldfähigkeitsbegutachtung, da wir bisher über Einzelfälle hinausgehend keine weiteren Erfahrungen im Prognosebereich sammeln konnten. Daneben möchten wir die aktuelle Literatur im Kontext zur Zielstellung referieren.

9.3 Epidemiologie

Es gibt international sehr unterschiedliche Statistiken und Zahlen über die mögliche Häufigkeit von Kindstötungen, in der Regel nur aus Nordamerika, Europa und Japan sowie einige aus Südamerika (Weizmann-Henelius et al. 2006). Im Allgemeinen geht man noch immer davon aus, dass das Dunkelfeld hoch ist, da es oft nicht gelingt, die dahinter liegenden Motive zu erkennen oder von einem Unfall oder Plötzlichen Kindstod (SIDS) zu unterscheiden (Jason 1984, Lewis und Bunce 2003, Spinelli 2004, Stanton und Simpson 2001, Wilczynski 1994). Wilczynski (1994) führt weiterhin an, dass eine dauerhafte Misshandlung oder Vernachlässigung nicht sichtbar ursächlich für den Tod des Kindes gemacht werden kann, die pathologische und damit juristische Beweiswürdigung für diese Fälle bzw. Unfälle oder SIDS schwierig ist oder nicht gelingt, die toten Kinder nicht gefunden werden sowie gerade Professionelle (also Ärzte, Sozialarbeiter etc.) eher zögerlich sind, ihrem Verdacht nachzugehen oder diesen offiziell zu äußern. Gerade für Neonatizide wird eine hohe Dunkelziffer geschätzt (Overpeck et al. 1998, Wissow 1998). Sehr ausführlich behandeln Höynck und Görgen (2006) das Problem des Dunkelfeldes der Kindestötung für deutsche und internationale Bereiche. Sie gehen letztlich nach Durchsicht aller Daten von einer 1:1-Relation von erkannten und unerkannten Tötungsdelikten für die gesamte Lebensspanne aus. Jason (1984) führt an, dass das Dunkelfeld aufgehellt werden könnte, wenn es eine bessere Koordination zwischen Medizinern/Sozialarbeitern und Justiz gäbe, Verdachtsprobleme beim Tod von jüngeren Kindern auch geäußert würden und dann eine Autopsie und polizeiliche Ermittlung erfolgte.

Die veröffentlichten Fallzahlen sind glücklicherweise gering, obwohl konkrete Statistiken über die Tötung eigener Kinder nicht geführt werden (Weber 1989, Höynck und Görgen 2006). So werden häufig Filizid begehende Mütter, die sich anschließend erfolgreich suizidierten (16–29 %), nicht in die Statistik aufgenommen. Der Anteil der Väter, die anschließend einen Suizid begingen, liegt bei 40–60 % (Hatters Friedman et al. 2005b), Bourget und Gagné (2002) berichteten zum Teil gerade umgekehrte Geschlechterverhältnisse mit einem gleichwohl hohen Anteil von Suiziden kindstötender Eltern.

In Deutschland soll die Rate von Tötungen eigener Kinder bei 1–2 % aller Tötungsdelikte (also 10–20 Fälle pro Jahr) liegen (Weber 1989). Höynck und Görgen (2006) geben aus kriminologischer Sicht für Deutschland eine durchschnittliche jährliche Opferziffer der unter 6-Jährigen von 1,93 (Opfer je 100.000 der Altersgruppe), für 6–13-Jährige von 0,63 an. Dabei handelt es sich nicht nur um elterliche Kindstötungen, sondern um die Gesamtzahl. Das Tötungsrisiko für Kinder ist im ersten Lebensjahr am höchsten.

Die Angaben über Häufigkeiten von Kindstötungen schwanken in verschiedenen Staaten sehr stark, sie sind abhängig von der Erfassungsart, den Begriffsdefinitionen zur Kindstötung und den Altersranges. Für die USA werden mit ca. 5–6 % die höchsten Kindstötungsraten angegeben.

Speziell für Kanada wird ein mütterlicher Tötungsanteil von 3,5 % beschrieben (Laporte et al. 2003). Bourget und Gagné (2002) berichteten dagegen für Mordfälle an Kindern unter 18 Jahren einen Anteil elterlicher Täter von fast 15 %.

Briggs und Cutright (1994) erstellten die am häufigsten zitierte transkulturelle Studie zur Kindestötung, in der sie die Todesfälle aus der WHO-Statistik auf 100.000 Geburten bzw. Kindeszahlen für bestimmte Jahrgänge bezogen und in Beziehung zur Erwachsenen-Mordrate setzten. Daneben berechneten sie mögliche prädiktive Faktoren für die Kindstötung und fanden als sicher negativ signifikant nur die schlechte soziale Absicherung der Kinder. Australien, Kanada, die USA und die nordeuropäischen Staaten verzeichneten die höchsten Kindstötungsraten (Briggs und Cutright 1994), was auch in anderen Untersuchungen zum Teil aus früheren Jahren bestätigt wurde (Christoffel und Liu 1983, Christoffel et al. 1983, Copeland 1985, Fornes et al. 1995, Haapasalo und Petäjä 1999, Marks und Kumar 1993, Marks und Kumar 1996, McKee und Shea 1998, Rodenburg 1971, Scott 1973, Weber 1989). Konkret nannte Copeland (1985) für den Zeitraum 1956–1982 für die Metro-Dade County Region (Florida) einen Anteil von 2,47 % Kindestötungen bezogen auf alle Morde dieser Gegend. Christoffel und Liu (1983) verglichen die US-Zahlen mit denen der WHO für die Industriestaaten und fanden für Infantizide eine Rate von 2.2 per 100.000 Lebendgeburten (Deutschland nach dieser Statistik 6.0), für Kinder im Alter von 1–4 Jahren 2.2, bezogen auf die Mordrate per 100.000 Bevölkerung (Deutschland hier 1.0). Andererseits berichteten sie für 1978 von 3,8 % Kindstötungen, bezogen auf die Todesfälle der 1–14-Jährigen (Christoffel et al. 1983). Somander und Rammer (1991) berichteten für Schweden (10-Jahres-Zeitraum 1971–1980) eine Kindstötungs-Rate von 0,6 auf 100.000 Kinder bzw. 0,7 % aller Todesfälle von Kindern überhaupt. Haapasalo und Petäjä (1999) gaben für 1995 einen Anteil der Tötungen von 2 % aller kindlichen Todesfälle an, wobei zu 70–80 % die Eltern die Täter waren. Marks und Kumar (1993, 1996) erfassten für Großbritannien im Zeitraum von 1982–1993 eine Jahresrate von Neonatiziden und Infantiziden von 4,3–4,5 per 100.000 Kinder im Alter unter einem Jahr.

Overpeck und Mitarbeiter (1998) berechneten für die Jahre 1983–1991 in den USA eine Kindstötungsrate von 7.2–8.8 pro 100.000 Geburten. In einer aktuellen Arbeit aus den USA (Herman-Giddens et al. 2003) wird für North Carolina eine Neonatizid-Rate von 2.1 auf 100.000 Geburten angegeben.

Im Kontrast zu den allgemeinen Tötungsdelikten, bei denen zu fast 90 % Männer als Täter auftreten, finden sich für Kindstötungen in den einzelnen Studien sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von tötenden Männern und Frauen, die auch eine Altersabhängigkeit, bezogen auf die getöteten Kinder, nachweisen. Es ergaben sich daneben Differenzen, die die Abhängigkeit von der Tötungsart verdeutlichten, wie z. B. das Überwiegen von Männern für

Todesfälle nach Kindesmisshandlungen oder als Täter im Rahmen des erweiterten Suizids. Anscheinend überwiegen aber Frauen als Täterinnen typischerweise für jüngere Kinder unter 4–6 Jahren, insbesondere im Bereich des ersten Lebensjahres (Brookman und Nolan 2006, Herman-Giddens et al. 2003, Höynck und Görgen 2006, Lewis und Bunce 2003, Lyman et al. 2003, Saleva et al. 2007, Vanamo et al. 2001).

In der internationalen forensisch-psychiatrischen Literatur differieren die Begriffsbestimmungen für die Kindstötung (allgemein mit „Infantizid" beschrieben) durch die Eltern zwischen den Staaten sehr, was internationale Vergleiche erschwert. Die Begriffe „Neonatizide" und „Filizide" sind für die Tötung von Kindern durch ihre Eltern belegt, wobei „Neonatizid" einen Zeitabschnitt innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt des Kindes definiert (Bourget und Bradford 1990, Resnick 1969, Resnick 1970).

9.3.1 Begriffsbestimmungen (Übersicht)

Infantizide

- Im allgemeinen forensisch-psychiatrischen Sprachgebrauch der Ausdruck (Sammelbegriff) für Tötungen von Kindern durch die Eltern bzw. Elternteile.
- In *England* und den *USA* wird der Terminus z. T. auch benutzt, um Tötungen von Kindern durch die *Mütter* bis zum Erreichen des *ersten Lebensjahres des Kindes* zu charakterisieren, oft aber nur, wenn die Mütter nach der Entbindung psychisch auffällig blieben (im Sinne einer postpartalen Störung).

Neonatizide

- Terminus für die Beschreibung der Tötung des Kindes durch die Mutter innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt (entspricht umgangssprachlich der *Kindstötung* in Deutschland).

Filizide

- Bezeichnung der Tötung von Kindern über den Geburtstermin hinaus durch ein Elternteil (also Vater oder Mutter).
- Häufig wird die Erfassung bzw. Bestimmung in Altersbereichen vorgenommen, z. B. für die Stufen 1–4(5) Jahre (Vorschulkinder) vs. 5–14 Jahre (Schulkinder).
- Zum Teil wird aber auch eine Altersbegrenzung auf z. B. 12 Jahre vorgenommen, je nach juristischem Hintergrund in den einzelnen Staaten. Für Deutschland liegt sie in der Regel bei 14 Jahren.

Familizide

- Begriff für die gleichzeitige Tötung von einem oder mehreren Kind(ern) (Filizide) und dem Partner (Uxorizid) durch einen Ehepartner (häufiger) bzw. die Ehefrau.

Im Sinne einer Metaanalyse beschrieben Hatters Friedman und Mitarbeiter (2005a) die Literatur, die aus Industriestaaten seit 1980 vorgelegt wurde, wobei aber nur englischsprachige und peer-reviewed publizierte Studien zu mütterlichen Kindstötungen erfasst wurden. Eine deutsche Untersuchung befand sich nicht darunter. Es handelte sich um 39 Studien aus 12 Ländern, die von Kasuistiken (ab n=6) bis zu größeren Stichproben (n=113–442) reichten. Neben dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum wurden auch Studien aus Australien, Neuseeland, Japan, Hongkong, Brasilien, Türkei und Österreich betrachtet.

Die Autoren beschrieben zusammenfassend verschiedene psychosoziale Variablen, die bereits mehrfach in bestimmten Konstellationen herausgearbeitet wurden.

Für die Gruppe der Neonatizide unterschieden sie zwischen vermeintlich gesunden und psychiatrisch kranken Täterinnen. Erstere sind eher unverheiratet, befinden sich im späten Teenager-Alter, haben einen geringen sozioökonomischen Stand und wohnen bei den Eltern oder Verwandten. Oft handelt es sich um sog. verdrängte Schwangerschaften bzw. betreiben die Frauen im Vorfeld kaum Schwangerschaftsvorsorge; eine psychiatrische Störung aus dem Achse-I-Bereich findet sich nicht. Wenn es sich um psychiatrische Klientinnen handelt (US-Studien), sind sie um 24 Jahre alt und sozioökonomisch besser gestellt, lehnen die Schwangerschaft eher ab und erleben unter der Geburt Depersonalisationen, dissoziative Halluzinationen und Amnesien. Dagegen fanden sich in nicht-amerikanischen Untersuchungen oft ebenfalls unverheiratete Frauen mit unvollständiger Schwangerschaftsvorsorge und zum Teil nur geringer psychiatrischer Krankheitsrate bzw. anderen psychosozialen Auffälligkeiten oder Persönlichkeitsproblematiken.

Über Infantizide fanden Hatters Friedman et al. (2005) wenige Studien. Es dominierte in dieser Gruppe die Beschreibung von ökonomischem Stress, dem die Mütter unterlagen; sie waren daneben knapp über 20 Jahre alt und hatten kaum Beschäftigungsverhältnisse. Außerdem wiesen viele Frauen psychiatrische Erkrankungen auf.

Deutlich mehr Studien wurden für die Filizid-Gruppe referiert, die Angaben differierten stark je nach Samplegenerierung. Diese Frauen sind oft arm, vollständig von Sozialhilfe abhängig und sozial isoliert. Oft sind sie selbst Opfer von häuslicher Gewalt, und diese vernachlässigenden und missbrauchenden Frauen haben Substanzprobleme. Andererseits gibt es eine zweite Gruppe von Müttern, die an vielfältigen psychiatrischen Erkrankungen leiden, wie Psychosen und Depressionen, die Suizidalität zum Tatzeitpunkt aufwiesen oder Intelligenzmängel erkennen ließen. Sie hatten darüber hinaus schon frühere ambulante psychiatrische Hilfen oder Behandlungen in Anspruch genommen. Gerade außerhalb

der USA waren sie oft auch schon stationär psychiatrisch behandelt worden, unterlagen sowohl sozialem als auch finanziellem Stress, hatten aktuell nicht helfende Partner und schon länger Schwierigkeiten, ihr Kind zu versorgen. Alle Untersuchungen führten auf, dass die Frauen meist bereits als Kind missbraucht worden waren, in den USA dominierten daneben auch Alkoholprobleme.

9.4 Infantizidmotive und -klassifikationen

Zum Problem der so genannten verdrängten Schwangerschaft siehe auch Lammel (in diesem Band).

Gerchow beschrieb 1957 bei 15 Probandinnen die Verdrängung der Schwangerschaft als Ausdruck der Erlebnisabwehr der unerwünschten Schwangerschaft. Er hielt die Verdrängung für „ein Hinausschieben unliebsamer und ambivalenter Tatbestände aus dem Blickfeld des Bewusstseins", *und* sie sei „offenbar die typische Verhaltensform solcher Menschen, die ihrer Aufgabe nicht gewachsen sind" und somit an ihre „individuelle Grenzsituation gelangen". Die Verdrängung der Schwangerschaft wird also als „zweckintendierte abnorme Erlebnisreaktion" mit subjektiver Erlebnisverarbeitung besonders von jungen, unreifen Menschen bezeichnet. Die Passivität im Verhalten der Frauen ist hervorstechend, Abtreibungshandlungen kommen im Vorfeld nicht vor, dieses Passivbleiben folgt auch nach der Geburt und führt letztlich zum Tod des Kindes. Eine echte Verkennung von Schwangerschaft und Geburt wird von Gerchow negiert. Durch den Verdrängungsprozess tritt aber der Schwangerschaftszustand der Mütter auch körperlich weniger in Erscheinung, Schwangerschaftszeichen bleiben z. T. aus, sehr häufig kommt es zur oft schmerzfreien Sturzgeburt. Hierin sieht Gerchow einen Wechsel aus der passiven Defensivreaktion (Verdrängung) in eine aktive Defensivreaktion (Bewegungssturm). Gerade in den letzten Schwangerschaftswochen ist aber eher ein „Nicht-Wahrhaben-Wollen" zu beobachten. Ausdrücklich tritt er der Auffassung entgegen, dass es sich um psychopathische Täterinnen handele, sondern betont, das aktive Vorgehen der Täterinnen sei meist nur die Folge des durch besondere Umstände verhinderten Passivbleibens.

Er konkretisiert und beschreibt vier Täterpersönlichkeiten:

- Körperlich und psychisch relativ Reife mit Infantilismen
- Infantile mit körperlichen und psychischen Retardierungen
- Hyperthyme mit infantilen und puberalen Zügen
- Schwachsinnige und Antriebsarme

Wessel und seine Arbeitsgruppe berichteten aus gynäkologischer Sicht von einer relativ hohen Rate verleugneter Schwangerschaften nach der 20. SSW (Wessel et al. 1990, Wessel et al. 1998, Wessel et al. 2002, Wessel und Buscher 2002, Wessel et al. 2003), wobei es sich in der Regel nicht um Tötungsdelikte handelte, sondern um atypische, nicht wahrgenommene Schwangerschaftsverläufe. Die Arbeitsgruppe gab eine Frequenz des Auftretens von nicht er-

kannter Schwangerschaft bei den Frauen über der 20. SSW mit 1:300–600 (in Berlin 1:475) an, für die verleugnete Schwangerschaft, die erst zur Geburt realisiert wurde (aber eben nicht zur Tötung des Kindes führte), berechneten sie eine Häufigkeit von 1:1.430–5.000. Folgende Faktoren, die die Schwangerschaftsverdrängung aufrechterhalten oder fördern, wurden aufgeführt:

- soziale Isolierung
- verringertes Intelligenzniveau
- niedriger sozialer Status
- jüngeres Alter
- voreheliche Konzeption

Die Metaanalyse von Hatters Friedman und Mitarbeitern (2005a) führte noch einmal die Vielgestaltigkeit der Motivlage von Neonatizid-Täterinnen auf. Die verdrängte Schwangerschaft gehört zwar dazu, erklärt oft aber nicht die Tat selbst.

In einer aktuellen Übersicht aus Finnland berichten Putkonen et al. (2007) über zwei Tötungswege, nämlich die aktive sowie passive Methode. Im Rahmen der aktiven Tötungshandlung richtet sich Aggressivität direkt gegen den Körper des Kindes, passiv meint, dass eine ausreichende Versorgung des Kindes nicht erfolgt oder es in einem panischen Zustand verlassen wird. Die Gruppe der Frauen mit einer psychiatrischen Erkrankung (insbesondere einer Psychose) ist eher klein, überraschend hoch war für sie der Anteil der Frauen (66 %), die bereits vorher einmal schwanger waren. Dies haben für Deutschland bereits Wessel und Mitarbeiter (1998) beschrieben, andererseits verwiesen früher Resnick (1970) sowie aktueller Mendlowicz et al. (1998) auf die Erstschwangerschaft der Täterinnen.

Der hohe Anteil dissoziativer Merkmale (mit Angaben zu teilweise bizarren Erlebnissen und Aktionen unter und nach der Geburt, einem hohen Dissoziations-Score inklusive der Angabe einer Amnesie, aber auch den anamnestischen Berichten von sexuellem Trauma in der Kindheit oder körperlichem Missbrauch) wird in einer Studie von Spinelli (2001) aus den USA, in der 16 Frauen nach einer Tötung ihres neugeborenen Kindes untersucht wurden, betont. Diese Beschreibung solch extremer Dissoziationsphänomene und insbesondere der Amnesie wurde zum Teil heftig kritisiert (Mendlowicz et al. 2002, Resnick und Hatters Friedman 2003).

Saunders (1989) fand unter sieben Neonatiziden nach verdrängter Schwangerschaft dagegen keine Frau mit einer psychiatrischen Erkrankung.

Als besondere Phänomene der Verdeutlichung der Schwangerschaftsverdrängung können unter anderem beobachtet werden (Flaig 1976, Gerchow 1957, Ponsold 1967, Spinelli 2001, Wessel et al. 1990, Wessel et al. 1998):

- Eine geringe Gewichtszunahme, ein sich wenig verändernder Bauchumfang sowie das Fehlen bzw. Nichtregistrieren von Kindsbewegungen. Bekannte Rationalisierungen sind:
  - Kindsbewegungen werden als Blähungen oder „Darmsache“ bezeichnet,

  - „einfach dicker werden“,
  - fehlgeschlagene Abmagerungskur (Rebound-Effekt).
- Es kommt zum Persistieren der Regel bzw. zum Auftreten regelähnlicher Blutungen.
- Überraschendes und überstürztes Einsetzen der Geburtswehen, die Geburt erfolgt allein und ohne Hilfe. Dabei wird der Geburtsbeginn verkannt, oft durch Verwechslung mit Stuhl- und Harndrang.

Ärzte und Mitmenschen übersehen sehr häufig die Gravidität im Sinne einer psychosomatischen Blockade der physiologischen Schwangerschaftsreaktion.

Eine grundlegende Arbeit zur Frage des Motivs der Kindstötung legten bereits Hirschmann und Schmitz 1958 vor. Sie sahen das Phänomen der Kindstötung als „Konvergenzdelikt“ an, das heißt, es liegt bei der Kindstötung eine Konvergenz zwischen typischem Charakter (strukturelle Desintegration psychischer Schichten) und typischer äußerer Situation (psychischer Desequilibrationszustand durch die Geburt) vor. Während der Gravidität kommt es zu einem tiefgreifenden Einsamkeitsgefühl, unter der Geburt zusätzlich zu einem Affektdruck; die Geburt bewirkt dann den Verlust höherer Persönlichkeitsstrukturen. Für die von den Autoren vorgelegte Strukturanalyse der Täterinnen siehe auch Schläfke et al. (2003). Hirschmann und Schmitz gingen bereits davon aus, dass die größere Gruppe der Täterinnen den Tötungsentschluss erst unter der Geburt fasst, einige aber bereits während der Schwangerschaft.

Eine der ersten umfangreicheren Untersuchungen zu Neonatiziden wurde von Resnick (1970) vorgestellt. Es zeigte sich, dass die Mütter deutlich jünger waren, meist unverheiratet, aber weniger häufig depressiv, psychotisch oder suizidal. Zu 83 % war das Kind aufgrund des Stigmas unerwünscht als unehelich geboren zu werden. Auch Resnick fand wie Hirschmann und Schmitz (1958) zwei Hauptgruppen von Täterinnen. Die erste Gruppe ist jünger, erstgebärend, eher passiv und die sexuelle Beziehung erduldend sowie ihre Schwangerschaft verleugnend. Die Frauen der zweiten Gruppe dagegen sind eher triebgesteuert und haben weniger ethische Beschränkungen, sind oft älter, gefühlskälter und promiskuitiv.

Herman-Giddens et al. (2003) fanden für North Carolina, dass über 20 % der Frauen, die einen Neonatizid begangen hatten, verheiratet waren und bereits Kinder hatten; darüber hinaus erhielten sie eine Schwangerschaftsvorsorge.

Marleau et al. (2004) gingen der Frage nach, ob das Geschlecht des Opfers ein Risikofaktor wäre und fanden, dass unter den 420 erfassten Neonatiziden zwar 58,3 % männlich waren, die Geburtsrate männlicher Säuglinge aber ebenfalls mit 51,4 % höher lag und somit kein signifikanter Befund vorlag.

Untersuchungen zur Klientel der Infantizide, also der getöteten Kinder im Alter unter einem Jahr, sind relativ selten. Dabei gab Raic (1997) für Deutschland aus ihrer Untersuchung von 60 durch die Eltern getöteter Kinder an, dass 47,1 % dieser Kinder im ersten Lebensjahr starben, wobei Neonatizide dazu

nicht eingerechnet wurden. Der risikoreichste Altersabschnitt für die Kinder scheint die Zeit bis zum Erreichen des sechsten Lebensmonats zu sein, da hier die größere Zahl von postpartalen Psychosen und Depressionen zum Tragen kommt (Resnick 1969). Rougé-Maillart et al. (2005) fanden für einen 10-Jahres-Zeitraum in Angers (ca. 1 Million Einwohner als Einzugsgebiet) 19 durch Mütter getötete Kinder, wobei sie die unter einem Monat alten Säuglinge ausschlossen. Darunter befanden sich noch 5 Infantizide. Eine Klassifikation für alle 19 Fälle wurde anhand der Kriterien von Resnick vorgenommen. Es zeigte sich eine Häufung suizidalen Verhaltens bei den betroffenen Frauen und das Vorherrschen von psychosozialem Stress in vielfältiger Form (ökonomische Schwierigkeiten, fehlende soziale Unterstützung, familiäre Probleme sowie falsche Erwartungen an die Mutterschaft); gerade von den 5 Infantizidmüttern lebten 4 unter geringen sozioökonomischen Verhältnissen. Silverman und Kennedy (1988) beschrieben einen 10-Jahres-Zeitraum (1974–1983) in Kanada und differenzierten Infantizide und Filizide, wobei dann entgegen der kanadischen Definition, die unter dem juristischen Terminus Infantizide letztlich Neonatizide beurteilt, beide Gruppen als Infantizide zusammengefasst wurden. Infantizid begehende Mütter waren am jüngsten, begingen anschließend keine Suizide (dagegen 19 % der Mütter mit der Tat eines Filizids) und waren unverheiratet.

Overpeck et al. (1998) erhoben die Risikomerkmale für Infantizide anhand der Geburtsprotokolle und der Daten über die Mütter von 2776 Tötungen im ersten Lebensjahr des Kindes der Jahre 1982 bis 1991 in den USA. Das höchste Tötungsrisiko lag im vierten Lebensmonat des Kindes, die Mütter waren in der Regel jünger als 17–19 Jahre, hatten keine pränatale Schwangerschaftsvorsorge gesucht und eine geringe Schulbildung bzw. keine Ausbildung. Auf Seiten des Kindes wurden als allgemeine Risikofaktoren ein niedriges Geburtsgewicht, ein vorzeitiger Geburtstermin mit niedrigem APGAR-Score zur Geburt und das männliche Geschlecht des Kindes aufgeführt. Im Diskussionsbeitrag von Wissow (1998) im gleichen Journal wird die Bedeutung der verkannten Störung post partum (insbesondere der Wochenbettdepressionen) hervorgehoben, die letztlich zu den hohen Infantizidzahlen in den USA führen würde.

Brewster et al. (1998) berichteten über eine spezielle Population, nämlich von Infantiziden (n=32), verübt von Angehörigen der US Air Force. Das Haupttötungsalter der Kinder lag bei fünf Monaten, sie waren zwar unauffällig geboren worden, zeigten zum Zeitpunkt des Todes aber einen Entwicklungsrückstand. Außerdem hatten 55 % der Kinder Zeichen früherer körperlicher Misshandlungen, die verkannt wurden und in den Krankenakten als kolikähnliche Beschwerden vermerkt waren. Die Täter waren überwiegend die Väter oder Stiefväter, die selbst (in 23 %) Kindesmisshandlungen erfahren hatten. Sie waren verheiratet, hatten 1–2 Kinder und in der Familie einige (nicht konkret benannte) soziale Stressprobleme. Die Tat ereignete sich, wenn der Täter mit dem Kind allein war (meist am Wochenende), das den Vater in fast 60 % der Fälle durch Schreien reizte.

Die Darstellung der Hintergründe von Filiziden reicht von der bestehenden Konfliktsituation und der daraus abgeleiteten Motivation über das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung im engeren Sinne bis zur Herausarbeitung von Persönlichkeitsauffälligkeiten, -entwicklungen oder -störungen.

Resnick beschrieb 1969 aus der Literatur erfasste 131 Fälle und bezieht sich in der Auswertung auf die Motive der Täter. Das Täter-Verhältnis von Frauen zu Männern war 2:1. Die Diagnosen aus dem Bereich der Psychosen und Depressionen überwogen in der Arbeit von Resnick. Daneben erarbeitete er eine Klassifikation der Motivlage, unabhängig von der vorliegenden Diagnose des Täters/der Täterin (die Häufigkeitsangaben beziehen sich auf Mütter und Väter gemeinsam).

- Altruistischer Filizid
  - um nach einem beabsichtigten Selbstmord das Kind nicht allein zu lassen (38 %)
  - um dem Kind ein mögliches oder auch nur phantasiertes Leiden zu ersparen (11 %)
- Psychotisch motivierter Filizid; die psychotischen Symptome (z. B. Halluzinationen) sind Auslöser (schließt somit nicht alle Psychosen ein) (21 %)
- Beseitigung eines unerwünschten oder im Wege stehenden Kindes (z. B. aus finanziellen Gründen oder da keine eheliche Vaterschaft) (14 %)
- „Zufälliger" Filizid in Zusammenhang mit schweren Kindesmisshandlungen oder sexueller Perversion (12 %)
- Filizid aus Rache am Partner – um diesem in der Kindestötung ein Leid zuzufügen (Medea-Motiv) (4 %)

Deutlich wurde, dass es sowohl bei altruistischen als auch psychotisch motivierten Filiziden nach dem Anstieg der Symptomatik vor der Tat plötzlich zu einem Spannungsabbau oder einem Symptomrückgang nach dieser kommt, so dass der eigene geplante Suizid nicht mehr erfolgt.

Andererseits ergibt sich aus der Literatur (Bourget und Bradford 1987, Weber 1989), dass sich dann doch bis zur Verhandlung bis zu 60 % der Mütter suizidiert hatten. Putkonen et al. (2001) beschrieben in ihrer Untersuchung von 132 Frauen, die ein Tötungsdelikt begangen oder versucht hatten, ein 200-faches Risiko, an einem unnatürlichen Tod zu versterben, und ein 400-faches Suizidrisiko. 22 von den untersuchten Frauen waren in einem follow-up-Zeitraum von 7–11 Jahren verstorben.

Scott (1973) diskutiert in seiner Arbeit insbesondere die subjektive Überbewertung des Motivs des Altruismus in Verbindung mit der Aggressionsentwicklung. Er beschreibt, ausgehend von sechs männlichen Kasuistiken, die Schwierigkeit der Klassifikation und deren praktische Umsetzung. Scott kritisiert die häufige Etikettierung der Täterinnen in überwiegend depressive Frauen und der Täter als Psychopathen. Die von ihm entwickelte klinische Klassifikation, die auf Resnicks Studie aufbaut, aber die europäischen Verhält-

nisse betont, sucht nach vorherrschenden Tötungs-Impulsen und schließt vor allem die Psychopathologie der Täter ein.

- Tötung eines unerwünschten Kindes
  - durch Körperverletzung
  - durch Vernachlässigung
- Mitleids-Tötung aufgrund einer Erkrankung des Kindes ohne sekundären Gewinn der Eltern (Mercy-killing)
- Aggression aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung (einschließlich organischer, toxischer, epileptischer Psychosen, paranoider funktioneller Psychosen, manisch-depressiver Psychosen und Subnormalitäten)
- Stimulus der Aggression liegt außerhalb des Kindes (einschließlich von Rachemotiven, Vorbeugung des drohenden Verlustes des Liebesobjektes oder eines bestimmten Status)
- das spätere Opfer stellt den Impuls dar (Verzweiflung, Wesensverlust der schlagenden Eltern)

Diese Auffassung deckt sich mit der von Weber (1989), dass es sich eher um (pseudo-)altruistische Mitnahmemotive handelt, also auch andere Motive weiterhin diskutiert werden sollten, z. B. zwischenmenschliche Vereinsamung und wirtschaftliche Not.

D'Orban (1979) untersuchte 89 Frauen, die wegen eines vollendeten oder versuchten Kindesmordes zwischen 1970 und 1975 im Gefängnis saßen. Ihr Modell basiert auf Scotts Klassifikation mit Einschluss des Neonatizids.

- Schlagende Mütter:
  - impulsiv-explosible Handlungen und Wut
  - Stimulus kommt vom Verhalten des Kindes (40 %)
- Psychisch kranke Frauen:
  - Psychosen, Depressionen und suizidale Frauen (27 %)
- Neonatizide:
  - Tötung innerhalb der ersten 24 Stunden des Lebens (übernommen von Resnick) (13 %)
- Vergeltende Frauen:
  - die Rache gegen den Partner richtet sich als Gewalt gegen das Kind (10 %)
- Tötung eines unerwünschten Kindes:
  - durch Vernachlässigung oder aktive Aggression (9 %)
- Mitleids-Tötung des Kindes:
  - aufgrund einer aktuellen Erkrankung des Kindes, ohne Gewinn für die Mutter (1 %)

Bourget und Bradford (1990) verbinden ausgehend von der Beurteilung von 13 Fällen die o. g. Klassifikationen, um verschiedene klinische Situationen erfassen zu können.

- Pathologische Filizide infolge einer schweren psychiatrischen Erkrankung des Elternteils (23 %)
  - altruistische Motive
  - erweiterte Suizide

  Psychotische Depressionen scheinen den Hauptanteil zu stellen. Die postpartale Situation scheint die vulnerabelste Phase zu sein, die ersten sechs Lebensmonate sind damit für das Kind am risikoreichsten. Schizophrenien bilden die zweite große Erkrankungsgruppe.
- Zufällige (durch Unfall verursachte) Filizide (46 %)
  - Kindesmisshandlung
  - andere

  In dieser Gruppe lässt sich im Vorfeld der Tat bei vielen Klienten ein hoher Anteil an psychosozialem Stress (nach DSM-III, Axis IV) nachweisen.
- Rache-/Vergeltungs-Filizide (8 %)
  Die Autoren gehen von vielen Persönlichkeitsgestörten aus, die dieser Kategorie zugeordnet werden können.
- Neonatizide
  - unerwünschte Kinder (8 %)

  Diese Täterinnen scheinen eine sehr heterogene psychiatrische Population zu repräsentieren.
- Väterliche Filizide (15 %)
  Auch in dieser Gruppe finden sich häufig Klienten mit Charakterproblemen.

Bourget und Bradford (1990) diagnostizierten auffallend viele Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom Borderline-Typ.

Dies steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Weber (1989), der unter seinen 20 Fällen (10 Männer, 10 Frauen) acht Persönlichkeitsstörungen fand. Weitere diagnostische Einschätzungen ergaben vier endogene Psychosen (die nur Frauen aufwiesen) und fünf hirnorganische Beeinträchtigungen (inklusive sekundärer alkoholischer Folgen), die nur bei Männern nachgewiesen werden konnten.

McKee und Shea (1998) versuchten einen internationalen Abgleich, indem sie ihre eigene Erhebung an 20 erwachsenen Frauen aus den USA mit der Studie von Resnick (1969), der eine multikulturelle Erfassung von Literaturfällen vorgenommen hatte, mit der britischen Untersuchung von d’Orban (1979) sowie der kanadischen Klassifikation von Bourget und Bradford (1990) verglichen haben. Als ein Hauptergebnis ergab sich, dass die kindstötenden Frauen allgemein einem hohen Stress ausgesetzt waren und kaum über eigene Reserven verfügten. Sie mussten in der Regel zwei oder mehr kleine Kinder (oft allein) aufziehen oder lebten in gewaltbelasteten Beziehungen, waren arbeitslos und hatten nur geringe finanzielle Mittel. Die diagnostische Zuordnung erbrachte eine große Zahl (15–27 %) an psychiatrischen Störungen wie Depressionen und Psychosen, oder die Mütter waren suizidal bzw. hatten primär eine ge-

ringe Intelligenz und ein niedriges Schulniveau bzw. Berufsausbildung. Aufgrund ihrer eigenen ungünstigen Entwicklung, inklusive des selbst erlebten kindlichen Missbrauchs, konnten sie eine positive Mutterrolle nicht aufbauen. Die Tat wird oft impulsiv unter dem Einfluss von Stress ausgeführt, Waffen werden nicht genutzt. Die Opfer sind meist ihre Kleinkinder im Alter von ca. drei Jahren. Sehr häufig hatten die Täterinnen schon lange über psychiatrische Symptome berichtet (75 %), und 40 % hatten sogar relativ kurz vor der Tat eine psychiatrische Konsultation gehabt.

Pitt und Bale (1995) haben in ihrer Literaturübersicht neben der Auflistung der Motivbildungen und Klassifikationen zu Müttern mit einer Kindstötung auch die männlichen Täter näher beschrieben. Diese waren ebenfalls mit erheblichen Problemen (elterlicher Missbrauch, Trennung von den Eltern oder Tod der Eltern, Heimerziehung etc.) aufgewachsen oder litten bereits als Kinder an neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen. Daneben lagen auch bei ihnen zum Tatzeitpunkt psychotische oder organische Störungen vor. Sie fehlinterpretierten das kindliche Verhalten im Sinne von bedrohlich, abweisend und provokativ und wählten oft aktive Tötungsmethoden und benutzten Waffen.

Marleau et al. (1995, 1999) beschrieben sowohl ein Kollektiv von 17 Frauen als auch von 10 Männern mit vollendeten oder versuchten Tötungsdelikten an ihren Kindern. Die Frauen kamen insbesondere aus ungünstigen sozioökonomischen Verhältnissen und hatten eine psychiatrische Vorgeschichte. Überwiegend konnten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, oft verbunden mit einer depressiven Episode. So konnten die Taten meist als erweiterter Suizid oder allgemein altruistischer Akt gewertet werden. Auch die Männer wiesen eine große Zahl von situationalen Faktoren auf (Arbeitslosigkeit, geringer sozioökonomischer Stand, geringes soziales Netzwerk und starke Orientierung auf Ehefrau und Kinder). In der klassifikatorischen Zuordnung (nach Bourget und Bradford) wurden die Taten als pathologische Filizide eingeschätzt, da als die häufigste Diagnose eine affektive Erkrankung gefunden wurde, in der Regel bei gleichzeitig vorliegender Persönlichkeitsstörung (insbesondere vom Borderline-Typ). Vier Patienten wiesen psychotische Symptome auf, sechs Männer versuchten oder vollendeten im Sinne eines Familizides dazu die Tötung ihrer Ehepartnerin.

Haapasalo und Petäjä (1999) erfassten in ihrer finnischen Studie Kindestötungen der Jahre 1970–1996 und konnten 56 Fälle untersuchen. Sie unterteilten in Neonatizide (n=17) und Non-Neonatizide (n=39), obwohl unter diesen auch 14 Infantizide waren, die aber nicht gesondert betrachtet wurden. Letztlich erkannten sie aber sechs Typen der Kindestötung: Neonatizide, erweiterte Suizidversuche, impulsive Aggressionen, psychotisch bedingte Aktionen, postpartale Depressionen sowie Kindesmissbrauch. Beiden Gruppen gemeinsam war allerdings, dass insgesamt 63 % der Mütter selbst Missbrauchserlebnisse in der Kindheit hatten.

In der Literatur finden sich weitere und ähnliche Klassifikationen, einschließlich einer Prädiktorensuche für gewaltsames Verhalten gegen die Kin-

der bzw. das Herausarbeiten präventiver Hinweise. In den Arbeiten gibt es sehr selten Hinweise zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung oder zu entsprechenden Kriterienkatalogen für eine Einschätzung des Risikos weiterer ähnlicher Straftaten.

Jason (1983, 1984) geht von zwei Mustern der Kindstötung aus. Eine Gruppe betrifft als Opfer die Kinder unter drei Jahren, und wird durch eine familiäre Aggressivität, krankheitsbezogene Umstände und die Nutzung von körperlicher Gewalt charakterisiert. Der zweite Typ betrifft Opfer über 12 Jahren und ist bestimmt durch extrafamiliäre Gewalt, ist assoziiert mit Streitereien und anderem kriminellen Verhalten der Täter, die Revolver und Messer benutzen. Tötungsdelikte an Kindern zwischen 3 und 12 Jahren stellen eine Mischung dieser beiden Schemata dar.

Stanton und Simpson (2002) betonen in einer Literaturübersicht die Notwendigkeit des Erkennens und Beschreibens von psychosozialen Randbedingungen von Tätern, insbesondere von Stress und umgebenden Konflikten im Kontext mit der Vulnerabilität der Klienten, die sich in ihrer Lebensgeschichte, durchgemachten (psychischen) Erkrankungen und sozioökonomischen Schwierigkeiten widerspiegelt. Die Erkenntnis der Interaktion zwischen diesen Faktoren könnte der Schlüssel zum Verständnis der Tötungshandlung selbst sein. Die Autoren entwickelten ausgehend von der Studie d'Orbans (1979) eine Klassifikation mütterlicher Filizide unter Verwendung oben angeführter Faktoren wie psychiatrische Erkrankung, Vulnerabilität (Entwicklungsstörungen, familiäre Belastung, eigenes Missbrauchserleben), soziale Isolation, Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung und in der aktuellen Situation (Simpson und Stanton 2000) anhand von fünf Fallbeschreibungen. Sie sehen nur in dieser umfassenden Auflistung eine Chance zur Risikoeinschätzung und Behandlungsplanung.

9.5 Gutachtenklientel

Die eigene Untersuchungsklientel bezieht sich auf 19 Fälle einer Schuldfähigkeitsbegutachtung, von denen 15 am Zentrum für Nervenheilkunde des Universitätsklinikums Rostock durchgeführt wurden (überwiegend durch F. H. und D. S.); ein Gutachten fand sich im Rahmen einer Prognosebegutachtung als auswärtiges Erstgutachten (aus M-V) im erkennenden Verfahren. Zusätzlich wurden den Autoren freundlicherweise drei Gutachten (alle pseudonymisiert) durch Frau R. Strohm (Ueckermünde) und Frau R. Schepker (Weissenau) zur Verfügung gestellt. Einige Kasuistiken wurden beispielhaft bei Schläfke et al. (2003) berichtet.

Wir können ein deutliches Überwiegen weiblicher Täterinnen konstatieren sowie eine Häufung von Neonatiziden und Infantiziden nach amerikanischem Sprachgebrauch.

Die folgende Aufschlüsselung (s. Tab. 10) gibt einige Angaben zum Sozialstand der Täter und zu den Basisdaten der Opfer.

Tab. 10 Sozialstand der Täterinnen und Täter und Basisdaten der Opfer

	Täterinnen	Täter
Anzahl	15	4
Altersdurchschnitt	24 J. (15–44)	35 J. (26–51)
Familienstand	13x ledig, 2x verheiratet	1x ledig, 2x verheiratet, 1x geschieden
Opferstatus	alles eigene Kinder	2 eigene Kinder, 1 Kind der Partnerin, 1 gesamte Familie (Ehefrau u. 2 eigene Kinder)
Opferfolgen	14 vollendete Tötungen, 1 versuchter Mord (mit bleibenden Hirnschadenfolgen)	alles vollendete Tötungen
Opferalter ■ Neonatizide ■ Infantizide ■ Filizide	 10x Neugeborene 2x Säuglinge 3x Kleinkinder (1 Tat mit 2 Opfern) 1x 18-jährige Tochter	 1x Säugling 3x Kleinkinder 1x Schulkind

Weitere Angaben zur Tat selbst (ohne Bezug zum Geschlecht des Täters):

- 10 x wird die Tat mit körperlicher Gewalt durchgeführt,
- 2 x kommt es zum Einsatz von Waffen (Messer, Gas),
- 2 x wird das Kind nicht versorgt,
- 5 x fehlen dazu Angaben!

Insgesamt töteten 84 % der Begutachteten im eigenen Wohnraum.

11 Klienten bereuten zum Begutachtungszeitpunkt die Tat, zwei Probanden redeten sich heraus, drei Begutachtete bereuten die Tat nicht, für drei fehlten die Angaben.

Auch zu konkreteren Tatmotiven gab es in den Gutachten nicht immer eine sichere Zuordnung bzw. in vier Fällen keine Angaben.

Für die mütterlichen Kindstötungen ergaben sich folgende Tatmotive:

- 1 x Hass auf das Kind
- 3 x Partnerschaftskonflikte, davon 2 Verleugnungen der Schwangerschaft
- 2 x soziale/finanzielle Konfliktsituationen, beide verdrängte Schwangerschaft
- 1 x Überforderung bei der Kinderpflege
- 2 x psychotisch bedingt (wahnhaft aus schizophrener oder depressiver Psychose heraus)

- 1 x Depressivität mit (erweiterter?) Suizidalität
- 1 x zur Geburt dissoziativer Zustand
- 4 x keine Angaben

Für väterliche Filizide fanden sich dagegen diese Motive:

- 1 x aus Aggression gegen das störende Kind im Heroinentzug
- 2 x Depressivität mit (erweiterter?) Suizidalität
- 1 x Überforderung in der Kinderpflege, da Ehefrau geistig behindert

Letztlich ergibt sich also eine sehr heterogene Gruppe, die aber fast alle aufgezeigten Klassifikationen bzw. Tätertypologien abbildet.

Die nachfolgenden Angaben konnten aus den anamnestischen Befragungen zusammengefasst werden:

Familienanamnese

- 6 x Scheidung/Trennung der Eltern
  - zusätzlich 1x Vater Alkoholiker
  - 1 Vater verstarb durch Suizid
  - davon 2 Klienten Heimaufenthalte
- 3 x Alkoholmissbrauch mindestens eines Elternteils
  - zusätzlich 2x mit familiärer Gewalt und Suizid bzw. schwerer Krankheit und Tod eines Elternteils
  - 1 x zusätzlich Heimaufenthalt der Klientin (Mutter-Tochter-Konflikt)
- 5 x fanden sich zusätzliche Belastungen durch schwere Erkrankungen von Mutter oder Vater (z. B. endogener Depression, Herzerkrankung, Krebsleiden)
- 1 x Heimaufenthalt der Klientin
- 1 x fehlende weibliche Bezugsperson
- 5 x anscheinend ohne Auffälligkeiten

Eigenanamnese

- Insgesamt gibt es kaum Angaben zu Vorerkrankungen oder Problemen
- 1 Klient litt schon einmal an einer depressiven Episode
- 1 Klient hatte in früheren Jahren 2 Suizidversuche begangen
- 1 Klient gab an, nach einer Frühgeburt eine Entwicklungsverzögerung durchgemacht zu haben
- 2 Klienten waren wegen anderer Delikte schon einmal forensisch-psychiatrisch begutachtet worden

Schulentwicklung

- 12 x Realschulabschluss oder höher
  - davon 1x bis 11. Klasse und 1x Abitur

- 2 x Hauptschulabschluss
- 3 x keinen Abschluss
- 2 Klientinnen gehen noch zur Schule.

Berufsausbildung und berufliche Situation

- 11 x Facharbeiterabschluss
- 1 x in Lehre
- 4 x keinen Abschluss bzw. die Lehre abgebrochen
- 11 Klienten waren in einer Beschäftigung
- 5 Klienten dagegen arbeitslos

Daraus kann man ersehen, dass das sozioökonomische Niveau der zu Begutachtenden nicht so schlecht ist.

Zur Suchtanamnese gab es 8-mal keine konkreten Angaben, für sechs Klienten wurden keine Sucht- oder Missbrauchsprobleme vermerkt. Für fünf Täter wurde eine Missbrauchssituation beschrieben, und zwar 3-mal ein reiner Alkoholgebrauch, 1-mal eine Kombination von Alkohol in Verbindung mit Cannabis und Heroin, 1-mal der Gebrauch von Cannabis und Amphetaminen.

Zusätzlich zur klinischen Untersuchung und Diagnostik erfolgte in 15 Gutachten eine psychologische Zusatzuntersuchung, 1-mal als separates Gutachten, 11-mal als Kollegialgutachten mit deutlicher Abtrennung der Befunde, 3-mal ohne diese deutliche Abgrenzung. Dabei wurde 12-mal die intellektuelle Leistungsvoraussetzung mittels HAWIE-R ermittelt, ansonsten wurden Persönlichkeitstest und Beschwerdebögen in ausreichender Zahl benutzt (TCI, PSSI, FPI-R, PPKV, Gießen-Test, BDI). Die durchschnittliche getestete intellektuelle Leistungsfähigkeit lag bei IQ = 93,7, wobei wegen vermuteter Normintelligenz in 6 Fällen keine Testung erfolgte. Ein Klient konnte als debil eingeschätzt werden, zwei Klienten als lernbehindert und drei als im unteren Durchschnitt liegend. Insgesamt zeigt sich aber dem Bildungsgrad entsprechend ein relativ gutes Leistungsniveau.

Bei der Betrachtung der diagnostischen Einschätzungen ergibt sich eine gewisse Übereinstimmung zu den schon genannten Tatmotiven. Die Diagnostik ergab Mehrfachnennungen im Sinne der Komorbidität bzw. der Zusatzdiagnose auf Achse II:

- Persönlichkeitsstörungen (PS):
  - 3 x als Erstdiagnose, z. B. zwanghafte PS, antisoziale PS, unreife PS
  - 2 x als Zweitdiagnose, z. B. unreif-dissoziale PS, sonstige PS
- Depressionen:
  - 2 x schwere Depressionen, eine davon als psychotische Depression
  - 1 x reaktiv-depressive Verstimmung (bei Alkoholmissbrauch)
- Weitere Diagnosen:
  - 1 x Debilität
  - 1 x Grenzdebilität (sowie 1x Grenzdebilität als Zweitdiagnose bei einer Persönlichkeitsstörung)

  - 1 x paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
  - 1 x Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol und/oder psychotropen Substanzen (sowie als Zweitdiagnose bei Persönlichkeitsstörung mit Grenzdebilität)
  - 1 x dissoziative Störung
  - 2 x Schwangerschaftsverdrängung
- 6 x keine Diagnose

Im Ergebnis der gutachterlichen Beurteilung wurde 10-mal die verminderte Steuerungsfähigkeit (Schuldfähigkeit) als gegeben diskutiert, 4-mal die Schuldunfähigkeit empfohlen. In der Kriminalprognosebeurteilung ergab sich daraus je einmal die Voraussetzung der Entziehungsmaßregel gemäß § 64 StGB sowie der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB, daneben zusätzlich für eine Klientin der § 63 auf Bewährung.

9.6 Forensische Beurteilungen

Die o. g. gutachterlichen Empfehlungen beruhen auf folgenden diagnostischen Annahmen und Schlussfolgerungen:

- Aufgehobene Schuldfähigkeit:
  - Schizophrenie
  - 2 x Depressionen
  - verdrängte Schwangerschaft
- Verminderte Schuldfähigkeit:
  - 2 x schwerer Alkoholrausch (i. S. einer Intoxikation)
  - konstellatives Zusammenwirken von Rausch, unreifer Persönlichkeitsstörung und Belastungsreaktion
  - Heroinentzug mit konstellativer antisozialer Persönlichkeitsstörung und Affektsituation
  - 6 x Schwangerschaftsverdrängungen, davon 1 x als alleinige „Diagnose“
    - 1 x als Affekttat
    - 1 x als dissoziative Störung im Sinne einer Affekthandlung
    - 1 x als dissoziativer Zustand bei der Geburt
    - 1 x psychischer Ausnahmezustand
    - 1 x als dissoziativer Zustand mit Amnesie zur Geburt

Die Maßregelempfehlungen betrafen den Patienten mit der Abhängigkeitsproblematik, sowie je eine Klientin mit einer Schizophrenie bzw. Depression.

Die forensische Beurteilung unserer Gutachtenbeispiele scheint den Trend zu bestätigen, dass für männliche Täter eher seltener gutachterliche ex-/dekulpierende oder prognostische Empfehlungen abgegeben werden, obwohl ein ähnlicher situationaler und motivischer Hintergrund beschrieben wurde.

Saunders (1989) gab an, dass alle lebenden kindstötenden Mütter (Neonatizide) zum Teil hoch bestraft wurden, sie aber auch keine psychische Störung aufwiesen.

Pitt und Bale (1995) berichten ebenfalls über sehr unterschiedliche forensische Konsequenzen für Täter und Täterinnen von Kindestötungen – Männer werden meist bestraft oder hingerichtet, Frauen dagegen eher hospitalisiert, was in der Regel weniger für Neonatizide gelte. Väter begehen dann öfter einen erfolgreichen Suizid.

Marks und Kumar (1993, 1996) berichten für Großbritannien, dass die Mütter und Väter für die gleichen Taten angeklagt werden, aber die Bestrafung offensichtlich anderen Regeln folgt. Obgleich Männer durch direkte Gewaltanwendung töten, Frauen dagegen eher durch Ersticken, werden auch Männer, die wenig gewaltsam agieren, höher bestraft. Für die Mütter wird eher das Motiv in einer schweren psychiatrischen Erkrankung gesehen, Vätern wird nur Wut unterstellt. Damit erhalten die Frauen eine Bewährungsstrafe oder werden hospitalisiert, Männer werden dagegen inhaftiert.

Außerdem werden Mütter meist auch geringer bestraft und selten des Mordes angeklagt, sondern eher des Totschlags (Burgheim 1994).

Rougé-Maillart et al. (2005) konnten Angaben zu den juristischen Konsequenzen der von ihnen ausgewerteten 17 kindstötenden Mütter machen. Außer zwei wurden ihre Handlungen als besonders „böse“ betrachtet, sie wurden für diese als verantwortlich angesehen und zum Teil zu hohen Haftstrafen von über 10 Jahren verurteilt. Nur fünf Frauen wurden in ihrer Schuldfähigkeit vermindert angesehen, drei von ihnen zur Bewährung verurteilt und zwei in stationäre klinische Behandlung übergeben.

McKee und Shea (1998) gaben als juristisches Ergebnis der von ihnen untersuchten Klientel (nur Mütter als Täterinnen) an, dass, obwohl für 50 % ein pathologischer Filizid beschrieben wurde, nur 20 % der Mütter schuldunfähig erklärt wurden. Ähnliche Ergebnisse wiesen die von ihnen verglichenen Untersuchungen von d’Orban (1979) und Bourget und Bradford (1990) auf.

Laporte et al. (2003) werteten 32 mütterliche Kindstötungen in Quebec für die Jahre 1981–1991 aus und fanden letztlich zwei Gruppen. 18 Frauen wurden für schuldig befunden. Diese wiesen einen niedrigen sozioökonomischen Status auf und hatten eine kriminelle Vorgeschichte sowie einen Substanzmissbrauch. Sie erhielten zum Teil sehr hohe Haftstrafen (5 sogar lebenslänglich). Die anderen 14 Frauen erhielten eine medizinische Behandlung/Einweisung und litten zur Tatzeit häufiger an Psychosen, daneben hatten sie auch schon eine psychiatrische Vorgeschichte.

Putkonen et al. (1998) konnten für ihre Untersuchung über 10 Jahre von Tötungsdelikten, die von Frauen begangen wurden, festhalten, dass alle als psychotisch diagnostizierten Frauen als nicht schuldfähig beurteilt wurden. Dagegen wurden die Frauen, die einen Neonatizid verübt hatten, als Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und für nicht voll schuldfähig erklärt.

Lamott und Pfäfflin (2001) verglichen zwei Kollektive von Frauen, die getötet hatten und entweder im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug untergebracht waren. Die inhaftierten Frauen hatten überwiegend ihre Ehemänner oder Lebensgefährten getötet, die forensisch-psychiatrisch untergebrachten vor allem ihre Kinder. Diese letzte Gruppe wies überproportional häufig schizophrene, wahnhafte und depressive Störungen auf, entsprach also einer typischen klinischen Gruppe.

Putkonen et al. (2001) beschrieben unter allen Frauen in Finnland, die in den Jahren 1982–1992 ein Tötungsdelikt verübt hatten, letztlich zwei Gruppen, und zwar psychotische Frauen, welche überwiegend ihre Kinder getötet hatten, sowie Frauen, die eher Erwachsene aus ihrem Umfeld ermordet hatten und eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen und zur Tatzeit alkoholisiert waren.

Silverman und Kennedy (1988) berichteten für Kanada über die Tötungen durch Frauen und führten aus, dass gerade Frauen, die ihre Kinder getötet hatten und folglich ihre mütterliche Rolle verletzt hatten, für psychiatrisch krank erklärt wurden (in 67 %), wohingegen dies nicht für Frauen galt, die Partner oder Bekannte umgebracht hatten (nur in 6–9 % psychisch krank).

Über die verdrängte Schwangerschaft ist im forensisch relevanten Sinne in der Literatur einiges besprochen worden.

Wille und Beier (1994) hoben als Zeichen für eine bestehende Schwangerschaftsverdrängung bei den betroffenen Frauen hervor (angepasst von Wessel et al. 1998):

1. Subjektive Gewissheit, nicht schwanger zu sein,
2. Schwangerschaftszeichen fehlen oder subjektiv hinreichend umgedeutet,
3. unbefangener Arztbesuch, z. B. bei schwangerschaftstypischen Beschwerden,
4. weitere Unbefangenheit in sozialen Situationen, die eine Aufdeckung ermöglichten (Schwimmbad, Sport, Kleidung anprobieren),
5. unverändertes Sexualverhalten bei bestehender Partnerschaft, inklusive Empfängnisverhütung,
6. keine Gedanken an Schwangerschaftsabbruch,
7. keine Geburtsvorbereitung,
8. Verkennung der einsetzenden Wehen und Überraschtwerden von der Geburt.

Nach Marneros (1998) scheint die Erforschung der Intentionalität des Tötungsaktes für die forensische Beurteilung hilfreich zu sein, was für den Gutachter dann problematisch werden kann, wenn er den Rahmen der Tatdynamikbeschreibung verlässt und quasi staatsanwaltschaftlich ermittelnd tätig wird. Letztlich kann sowohl eine spontane, impulsive und destruktive „abnorme Erlebnisreaktion“ als auch eine aktive Tötungshandlung beschrieben werden. Außerdem kann eine passive Vernachlässigung oder auch eine fahrlässige Tötung deutlich werden. Daneben kann es zum Sterben des Kindes trotz unzureichender, aber prinzipiell lebenserhaltender Maßnahmen der Kindesmutter

kommen. Mit diesen Differenzierungen ist also der forensisch-psychiatrische Gutachter allein zum Teil überfordert, benötigt rechtsmedizinische und kriminalistische Fremdinformationen.

Es reicht aber nicht aus, wie Marneros (1998) ausführte, dass forensisch entscheidend sei, ob unter der Geburt der Vorgang bzw. die Differenzierung des „Bewusst-Wahrnehmens“ erfolgte. Mittlerweile hat der Autor eine umfangreiche Schrift zu Affekt- und Impulstaten vorgelegt und noch einmal auf die gesamte Entstehungsgeschichte und Dynamik der Entwicklung hin zu einer (zum Beispiel) „akuten Belastungsreaktion“ hingewiesen (Marneros 2007). Die psychopathologische Beschreibung der Person der Täterin im Kontext zu den Bedingungen während der Tat ergibt also erst die Möglichkeit der Diskussion des juristischen Eingangsmerkmals der „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ oder anderer Konstellationen.

Dazu gibt Marneros (2007) ohne den direkten Bezug zur Kindstötung, aber mit einem Kasuistikbeispiel eines väterlichen Filizids ausführliche Anleitungen und Diskussionsgrundlagen.

Die Ausführungen von Spinelli (2001) zur Frage dissoziativer Zustände unter der Geburt, aber auch die Versuche der dezidierten Persönlichkeitsbeschreibungen der Neonatizid-Mütter (beginnend mit Gerchow 1957, Hirschmann und Schmitz 1958) treffen diesen o. g. Problemkreis und verweisen auf die noch immer aktuelle Aufgabe in der Begutachtungssituation.

Die forensisch-psychiatrische Beurteilung der weiteren Kindstötungsakte erfordert, dass abhängig auch vom Alter des getöteten Kindes die Person des Täters/der Täterin in ihrer spezifischen Tatsituation beleuchtet werden muss (Marneros 1998). Deshalb wurden einige spezielle Klassifikationsversuche unternommen, um Motiv, Täter-Opfer-Beziehung, Tathintergründe und eine möglicherweise bestehende Klientendiagnose im Kontext zur gutachterlichen Beurteilung zu beschreiben.

Einige besondere Problembereiche sollen noch einmal hervorgehoben werden.

Der erweiterte Suizid (im englischsprachigen Schrifttum auch „murder-suicide“) stellt eine der schwierigen Beurteilungssituationen für den Gutachter dar.

Aderibigbe (1997) berichtete in einer Untersuchung zum erweiterten Suizid, die in amerikanischen Zeitungen veröffentlicht wurde, über einen Anteil von kindlichen Opfern im Bereich 35–54 %. Depression und bei Beziehungstaten auch die pathologische Eifersucht stellten wesentliche Motivkonstellationen dar, Depressivität war mit Hilflosigkeit, Selbstwertverlust, Scham- und Schulderleben verbunden.

Okumura und Kraus (1996) fordern bei der forensischen Bewertung von erweiterten Suizidhandlungen die Beurteilung der Identifikation mit dem Opfer, wobei sie die Auffassung vertreten, dass gerade endogen Depressive nicht unter die Kategorie des altruistischen Motivs fallen. Gleichwohl hielten sie

bei der Kasuistik von 12 Frauen mit Filizid-Handlungen die depressiven und psychotisch kranken für schuldunfähig.

Der Fall „Texas v. Andrea Yates“ wurde u. a. von Spinelli (2004) ausführlich besprochen und das Problem der postpartalen Störungen und deren juristische Beurteilung hervorgehoben, da Frau Yates, obgleich psychotisch erkrankt, für schuldfähig erklärt und zu einer lebenslangen Haftstrafe verurteilt wurde. Ein Problem, das gerade für die USA recht typisch ist, da viele psychiatrisch Erkrankte in Gefängnissen untergebracht sind und damit auch nicht adäquat behandelt werden. In der Diskussion vertrat z. B. Kaye (2005) die Ansicht, dass der Ausgang des Verfahrens für forensische Psychiater nicht unerwartet kam, da Frau Yates wusste, dass ihr Verhalten unrechtmäßig sei. Noch einmal geht Spinelli (2005) sehr ausführlich auf die kulturellen Besonderheiten und differierenden Gesetzesgrundlagen einiger Länder zum Thema Infantizid ein (z. B. den britischen Infanticide Act aus 1938) und verdeutlicht die sehr problematische Verfahrensweise in den USA, da das gleiche Gericht in Texas 2004 Frau Laney nicht schuldig sprach, weil sie ihre psychotischen Halluzinationen und Wahneingebungen von Gott erhielt, während es bei Frau Yates der Teufel war. Sie hebt die Bedeutung der psychopathologischen Beschreibung in Bezug auf die Diagnose und die Handlungsmöglichkeiten hervor.

In der Arbeit von McKee et al. (2001) über Frauen, die ein Tötungsdelikt an ihrem Kind, an dem Partner oder einem fremden Mann begangen hatten, vermochte der MMPI-2 keine zusätzlichen Informationen über Kriminalitätsfaktoren, Gefährlichkeit oder prognostische Aussagen zu geben. Allerdings ergab sich im Auswerteprofil eine Dreier-Gruppierung in Klientinnen mit psychotischen und anderen auf eine schwere psychische Störung hinweisenden Symptomen (begingen eine Kindstötung), in Frauen mit depressiver Störung und Hinweisen auf chronische interpersonelle Beziehungsprobleme (töteten ihren Partner) bzw. in Täterinnen mit antisozialem Verhalten (ermordeten keine Familienangehörigen), die letztlich aber keine Auswirkung auf die forensisch-psychiatrische Beurteilung erlaubte.

In ihrer Untersuchung zur „Psychopathy“ unter gefährlichen kriminellen Frauen (die Delikte betrafen das gesamte Spektrum schwererer Straftaten, nicht nur Kindstötung) fanden Weizmann-Henelius und Mitarbeiter (2004) einen deutlich geringeren Anteil als bei Männern. Lediglich die Täterinnen, die durch kriminelle Vielseitigkeit (in anderen Studien auch mit promiskuitivem Sexualverhalten) auffielen, wiesen höhere Scores in der 3-Faktoren-Struktur für „gestörte Affektivität“ und „impulsives und verantwortungsloses Verhaltensmuster“ auf. Dies scheinen also wichtige Indikatoren für „Psychopathy“ bei Frauen zu sein.

Die aktuellste und beste Subtypisierung nach Motiv, typischen Situationen und Ursachen erstellten Guileyardo, Prahlow und Barnard (1999). Sie fassten die bekannten und bereits beschriebenen Klassifikationen zusammen und betonen, dass diese Einteilung auch für allgemeine kindliche Tötungsdelikte, die nicht durch die Eltern begangen wurden, gelten kann.

Subtyp: Erläuterung/Beschreibung

- **Altruismus**
  Diese Tötungsform entspricht dem erweiterten Suizid/Suizidversuch – eine der häufigsten Formen des Filizids, auch als „Mord aus Liebe" bezeichnet. Benannte Motive sind der Wunsch, zusammen in den Himmel zu kommen, zusammen im Sarg zu liegen, das Kind nicht zurückzulassen, dem Kind irgendetwas zu ersparen wie z. B. eine befürchtete Krankheit. Das Motiv für Tötung variiert stark, abhängig von der Intention des Suizids durch den Elternteil, dessen Gedankeninhalte oft wahnhaft beeinflusst sind.
- **Euthanasie**
  Hier als Töten aus Mitleid definiert, da das Kind an einer schweren Erkrankung leidet. Beim Elternteil gibt es keine Hinweise für psychotische Gedankenbeeinflussung. Eine Beziehung zur altruistischen Kategorie besteht, es gibt aber keine weiteren egoistischen Motive. Ein Suizidversuch der Eltern kann folgen. Dies trifft aber auch für andere Filizidarten zu und impliziert somit nicht immer automatisch altruistische Motive!
- **Akute Psychose**
  Die Tötung erfolgt durch wahnhafte Phänomene oder befehlende Stimmen. Es findet sich kein anderes Motiv oder Verbindung zur Kriminalität, es gibt insbesondere keine Hinweise auf altruistische Hintergründe.
- **Psychische Störungen post partum**
  Diese Filizide werden infolge psychischer Erkrankung im Wochenbett (bis vier Wochen nach der Geburt) verübt. Es treten viele verschiedene klinische Bilder bzw. Störungen auf (depressive, manische, gemischte und psychotische Zustände). Dabei kommen neben suizidalen Gedanken in depressiven Situationen auch psychotische Bilder vor wie das Gefühl der Besessenheit des Kindes (z. B. durch den Teufel) oder besonderer Kräfte des Kindes, befehlende Stimmen oder zwanghafte Ideen der auf das Kind bezogenen Delinquenz. Filizide in diesen mütterlichen Zuständen müssen aber nicht durch Halluzinationen oder Wahnvorstellungen bedingt sein. In einigen Ländern gibt es spezielle Gesetzesregelungen für diese Tatbestände.
- **Unerwünschtes Kind**
  Definiert als Gegenteil von Altruismus. Tritt also als elterlicher Egoismus hervor, die eigenen Interessen über die des Kindes zu stellen. Teilweise bezieht sich die Ablehnung auf Kinder mit chronischen Störungen, Deformierungen oder Verhaltensstörungen bzw. auf die kulturelle Bevorzugung von Jungen in der Kinderfolge. Weitere Motive können die Nichtanerkennung der Vaterschaft, das Vermeiden von Alimentenzahlungen oder das Erreichen von Versicherungsauszahlungen sein. Da beim Aussetzen die Gefahr des Todes des Kindes besteht, entwickelte sich die „Findling"-Praxis/Babyklappe.

- **Unerwünschte Gravidität**
  Typischer Neonatizid der Mutter innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt infolge Vernachlässigung des Kindes oder einer aktiven aggressiven Handlung. Es handelt sich in der Regel um junge, oft unverheiratete Mütter, die keine Vorsorge getroffen hatten, keine Schwangerschaftshilfen aufsuchten und unter der Geburt in Panik verfallen.
  Zum Teil stellt die sichere Zuordnung zur Tötung ein rechtsmedizinisches Problem dar, z. B. ist bei Bewusstlosigkeit der Mutter während der Geburt ein Unfall nicht auszuschließen.
- **Kindesmissbrauch**
  Bezeichnet die Fälle, die mit einem aggressiven Ausbruch bzw. einem Ärger-Impuls einhergehen und auch als „zufällig" oder „Unfall"-Filizid deklariert wurden. Die Gewaltanwendung gegen das Kind hat oft ein aggressives Vorfeld (z. B. im Rahmen eines „battered child syndrome"), verbunden mit überstrenger Erziehung oder der Reaktion auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten in Form von langem Schreien, Inkontinenz etc., wobei nicht selten geringere Erkrankungen des Kindes dafür verantwortlich sind. Bei den Eltern finden sich oft soziale Konflikte (Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Delinquenz) sowie ein Alkohol- und Drogenmissbrauch. Sie suchen anschließend ärztliche Hilfe für das Kind, lügen aber bezüglich des Werdeganges der Krankheitszeichen. Suizidversuche der Eltern nach der Tat sind selten.
- **Rache gegen den Partner**
  Die Täter wollen über die Kindestötung den Partner/die Partnerin absichtlich quälen oder bestrafen. Hier handelt es sich also um die als „Medea-Komplex" beschriebene Konstellation. Untreue eines Partners bzw. der Streit um das Sorgerecht sind gewöhnlich die Auslöser. Möglicherweise folgt ein Suizidversuch des Täters, ohne dass altruistische Motive vorliegen („Du kannst sie/ihn nicht haben"), auch die Ausweitung auf einen Familizid ist möglich.
- **Sexueller Missbrauch**
  Die sexuellen Aktivitäten sind direkt gegen das Kind gerichtet, verbunden mit körperlichen sexuellen Attacken wie Strangulation oder sekundären Verletzungen (Peritonitis). Daneben wird auch eine Verdeckung der schon im Kleinkindalter begonnenen Sexualdelinquenz durch die Tötung diskutiert, da das nun ältere Kind sich erwehrt oder mit Information anderer droht.
- **Münchhausen-by-proxy-Syndrom**
  Die Aktivitäten der Eltern dienen dazu, Aufmerksamkeit durch die Krankheit/den Tod der Kinder bei medizinischem Personal oder der Familie zu erhalten. Die Manipulationen am Kind führen entweder zufällig (also nicht direkt gewollt) zum Tod, oder der Tod des Kindes ist die direkte Intention, um die gesuchte Sympathie zu erheischen. Frühere

ähnliche, aber zufällige Abläufe (z. B. ein „Plötzlicher Kindstod") können vorausgehen.

- **Gewalt älterer Kinder**
  Hier handelt es sich um eine physische Auseinandersetzung zwischen Eltern und älteren Kindern (Teenager), die oft unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen und Waffen verwenden. Im Sinne einer Eltern-Notwehr kommt es zur tödlichen Verletzung des Kindes, zum Teil mit dessen Waffen. Diese besondere Form wird als „später Filizid" bezeichnet oder der häuslichen Gewalt zugerechnet.
- **Vernachlässigung/Fahrlässigkeit**
  Es handelt sich um Akte der „Begehung und Unterlassung" von Versorgung außerhalb dessen, was eine verantwortungsbewusste Person machen würde bzw. dem allgemeinen Fürsorgestandard entspricht. Dabei geht es um einzelne Handlungen wie das Kind im heißen unbelüfteten Auto bzw. unbeaufsichtigt beim Baden lassen oder eine falsche Medikation geben sowie eine Überdosis eines Medikaments, um das Schreien zu beenden. Die Unterscheidung zum Unfall kann manchmal schwierig sein. Im Sinne einer lang anhaltenden Vernachlässigung kann es auch zum nicht ausreichenden Essen- und Trinkengeben kommen. Teilweise vermischen sich die Handlungen dieser Art mit dem Syndrom der Kindesmisshandlung, des „battered child syndrome", der sadistischen Bestrafung oder der Apathie gegen das Kind.
- **Sadistische Bestrafungen**
  Es kann sich um eine isolierte Episode oder um langandauernden wiederholenden Missbrauch handeln. Als Motive sind Schmerzverursachung und überzogene Bestrafung infolge Störung durch das Kind anzusehen. Methodenbeispiele sind: Pfeffer in den Mund geben, Salzingestionen, Verbrennungen zuführen, Nahrungs- und Flüssigkeitszurückhaltung, u. a. lang anhaltende Zwangsmaßnahmen und grausame Dinge. Auch hier gibt es Übergänge zum „battered child syndrome" und Kindesmissbrauch.
- **Drogen- und Alkoholmissbrauch**
  Dieser Bereich wird im Sinne eines konstellativen Faktors bei verschiedenen der o. g. Subtypen angesehen, insbesondere bei Ärger-Impuls-Handlungen. In anderen Klassifikationen wurde dieser Typ auch zu den psychotischen oder pathologischen Fällen gerechnet.
  Im Rahmen einer Intoxikation oder einer speziellen Entzugssymptomatik kann diese Kategorie eigenständig auftreten.
- **Epilepsie**
  Eine seltene Kategorie, in der es zum tödlichen Unfall für das Kind infolge eines erlittenen Anfalls eines Elternteils oder anderen Betreuers kommt, mit nachfolgender Amnesie bei diesem.

- **Unbeteiligter Zuschauer**
  Ein Tötungsversuch zwischen Eltern führt zum eher zufälligen oder manchmal gewollten Tod des Kindes, z. T. noch im Mutterleib („Fetizid“) oder dann als Folge einer eingeleiteten Geburt kurz danach.

Lyman et al. 2003 klassifizierten ihre 28 Fälle nach dem Schema von Guileyardo et al. 1999 und fanden in der übergroßen Mehrheit (n=17) Kindesmissbrauch durch Ärgerimpulse ausgelöst, weiterhin Tod als unbeteiligter Zuschauer (n=5), zwei Fälle von Vernachlässigung/Fahrlässigkeit und 4-mal eine unerwünschte Schwangerschaft/Neonatizid.

Bourget und Gagné (2002 und 2005) überarbeiteten die Klassifikation von Bourget und Bradford (1990) zu einem Schema, das auch die Tötungsintention und konstellative Faktoren/Situationen mit einschließt (s. Tab. 11). Die ursprünglich für mütterliche Kindstötungen entwickelte Klassifikation wurde 2005 auch auf väterliche Filizide erweitert.

Tab. 11 Tötungsintention und konstellative Faktoren/Situationen nach Bourget und Gagné

Klassifikation	Beschreibung	Absicht/Vorsatz	Psychiatrische Störung
Filizidtyp			
Psychiatrisch krank	Achse I-Störung liegt vor psychotisch oder nicht psychotischer Typ; Infantizide	vorhanden oder nicht	ja
Tödlicher Kindesmissbrauch	wiederkehrendes oder einmaliges Ereignis von Vernachlässigung oder körperlicher Misshandlung (shaken-baby- oder battered-child-Syndrom)	nicht vorhanden	nein
Vergeltung	verbunden mit Rache und Ärger	vorliegend	nein
Euthanasie (Mercy)	Kind leidet an einer schweren oder behindernden Erkrankung (in eine andere Kategorie nicht besser einzugruppieren)	vorliegend	nein
Andere oder insuffiziente Informationen	schließen möglicherweise auch multifaktorielle Situationen und Fälle ein	vorhanden oder nicht	ja oder nein
Unbekannt	schließen möglicherweise auch multifaktorielle Situationen und Fälle ein	vorhanden oder nicht	ja oder nein

Klassifikation	Beschreibung	Absicht/Vorsatz	Psychiatrische Störung
Spezifikation			
Gruppe A	verbunden (oder nicht) mit einem Suizid		
Gruppe B	verbunden (oder nicht) mit Suchtmittelgebrauch/-missbrauch		
Gruppe C	Voraussagbar oder nicht vorhersagbar		

Für die psychiatrischen Störungen führen die Autoren an, dass der Filizid infolge von Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Denkzerfahrenheit bzw. wahnhaft bedingter altruistischer Motive erfolgt. Andererseits wird auch eine schwere Depression („major depressive disorder") in diese Kategorie mit eingeschlossen und die besondere Situation der Mütter im Wochenbett (Infantizid infolge Depression post partum) hervorgehoben. Das Kriterium der Intention bezieht sich also auf die psychotische Komponente.

In Kommentaren und kritischer Diskussion wird das Fehlen weiterer Besonderheiten wie sozialer Faktoren, des sozioökonomischen Hintergrundes, der psychopathologischen Komplexität und differenzierterer Ausführungen zu den möglicherweise multifaktoriellen Bedingungen angemahnt (Kline Pruett 2002, Silva und Leong 2003).

Poulin et al. (2006) haben anhand von fünf eigenen mütterlichen Filizidfällen versucht, diese sieben gängigen Klassifikationssystemen aus der Literatur (Resnick 1969, Bourget und Bradford 1990, Wilczynski 1997, Meyer et al. 2001, Guileyardo et al. 1999, Scott 1973, Simpson und Stanton 2000) zuzuordnen. Deutlich wurde, dass die komorbide Betrachtungsweise von Achse I- und II-Störungen sehr häufig in den Beurteilungsbeschreibungen fehlt und somit auch Fehldiagnosen einer psychotischen Erkrankung statt der wirklich vorliegenden Borderline-Persönlichkeitsstörung auftraten. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass zwei Dimensionen hervortraten, der erweiterte Suizid sowie die altruistische Komponente. Die reine altruistische Komponente ist mit psychotischem Erleben verknüpft, der erweiterte Suizid mit Persönlichkeitsstörungen. Ähnlich verhält es sich mit der Depression: Ist sie von psychotischer Intensität, entspricht dies dem altruistischen Moment, wenn nicht, dem des erweiterten Suizids. Im Sinne eines Kontinuums kann die Person mit einer schweren Depression die Urteilsfähigkeit verlieren, ohne dass Wahnvorstellungen oder Halluzinationen vorliegen. Zur besseren Beschreibung und Klassifikation listen sie im Einzelnen situationale (psychosoziale Stressoren während des Jahres vor der Tat wie Arbeitslosigkeit und Vereinsamung), entwicklungsbedingte (familiäre Belastung mit psychiatrischen Störungen, familiäre Konfliktkonstellationen, frühe Stimmungsschwankungen), dynamische (psychologische Struktur der

Person wie Abwehrmechanismen, Beziehungsgestaltung zu anderen, Stresstoleranz) und seelische (psychiatrische Symptome) Faktoren auf, die wiederum dimensional betrachtet werden.

In der forensisch-psychiatrischen Bewertung kommt es darauf an, die krankheitsrelevanten Zustandsbeschreibungen herauszuarbeiten und den biologischen Eingangsmerkmalen der §§ 20/21 StGB zuzuordnen. Außerdem ist die Dynamik des Tötungsaktes im o. g. Sinne zu beschreiben (Bourget und Gagné 2002, Bourget und Gagné 2005, Guileyardo et al. 1999, Poulin et al. 2006) .

Die psychiatrischen Erkrankungen aus dem juristischen Bereich der „krankhaften seelischen Störung" sind noch am ehesten den entsprechenden Subtypen zuzuordnen. Schwieriger wird es zum einen mit dem Eingangsmerkmal „Schwachsinn", das auch im Rahmen von komplexen, überfordernden Tatsituationen bei geistig behinderten Menschen diskutiert werden muss. Zum anderen sind abnorme Erlebnisreaktionen im Sinne des Merkmals „tiefgreifende Bewusstseinsstörung" sehr problematisch, und auch die Gruppe der Persönlichkeitsgestörten nach dem Eingangskriterium der „schweren anderen seelischen Abartigkeit" ist außerordentlich kontrovers zu besprechen. Verkompliziert wird die Beurteilung insbesondere durch die oft zusätzliche Berauschung durch Alkohol oder psychotrope Substanzen verschiedener Art bzw. ein beginnendes Entzugssyndrom (Bourget und Labelle 1992). Die Schwere der Störung ist nach dem psychopathologischen Referenzsystem und dem psychiatrischen Krankheitsbegriff zu bestimmen und nach den u. E. hilfreichen Subtypisierungen, z. B. nach Guileyardo et al. (1999), nachfolgend die Bewertung von Einsichts- und Steuerungsfähigkeit vorzunehmen.

Die prognostische Beurteilung hängt wiederum von der Tatmotivkonstellation und der dahintersteckenden Ursache ab. Die Rezidivrate nach Neonatiziden ist relativ gering. Bei Filiziden ist von entscheidender Bedeutung, ob die depressive oder psychotische Störung behandelbar ist bzw. ob das risikoreiche Beziehungs-/Familienmilieu veränderbar erscheint. Überwiegend ist aber ebenfalls von einem eher geringeren Rückfallrisiko auszugehen, bei einem primär höheren Anteil von notwendigen Maßregeleinweisungen.

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass ein Rückfallrisiko von Tötungsdelikten (nicht nur von Kindern) dann hoch ist, wenn es sich bei den Tätern um psychisch Kranke handelt und im Zeitraum des ersten Jahres nach der Entlassung (Eronen et al. 1996). Tiihonen und Hakola (1994) sowie Eronen et al. (1996) nennen als häufigste Erkrankungen im Zusammenhang mit den erneuten Tötungshandlungen bei den Klienten einen schweren Alkoholismus, Persönlichkeitsstörungen (oft in Kombination mit einer Alkoholsucht), daneben das Vorliegen einer Schizophrenie oder Depression sowie allgemein paranoider

Psychosen und paranoider Persönlichkeitsstörungen. Für Frauen geben Putkonen et al. (2003) eine einschlägige Rückfallrate (erneute Morde) von 3 % an.

9.7 Diskussion

Die forensisch-psychiatrische Bewertung von elterlichen Kindestötungen bleibt problematisch, da es zum einen Unterschiede in verschiedenen Kulturkreisen gibt, zum anderen die Rechtssysteme der einzelnen Staaten stark differieren und somit wissenschaftliche Untersuchungen relativ schwer vergleichbar sind. So sind einige Befunde und Ergebnisse internationaler Studien nicht auf Deutschland übertragbar.

Unsere kleine Fallgruppe repräsentiert letztlich alle Vignetten der in der Literatur genannten Problemfelder. Auch wenn wir natürlich keine repräsentative Untersuchung vorlegen können, widerspiegelt sich in dieser Klientel doch die Realität der Begutachtungsanforderungen im Umfeld.

Wir finden eine Häufung von Neonatiziden, wobei diese Frauen ledig und deutlich jünger sind. Die Motive reichen von einer verdrängten Schwangerschaft oder psychotisch intendierten Handlung über erweiterte Suizidhandlungen bis hin zum Kindesmissbrauch. Abweichend von der Literatur haben sowohl Mütter als auch Väter keinen ausgesprochen niedrigen sozioökonomischen Stand sowie eine relativ gute Ausbildung. Andererseits wiesen viele Klienten eine familiäre Belastung und Entwicklungsstörung auf. Die diagnostische Beurteilung ergab eine relative Häufung von Persönlichkeitsstörungen, Depressionen/Psychosen sowie geistigen Beeinträchtigungen/Lernbehinderungen, aber auch 6-mal keine Diagnose. Die gutachterlichen Empfehlungen sind entsprechend oft in Richtung verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit, gleichwohl werden nur drei Maßregeleinweisungen empfohlen, wobei ein Verfahren nachweislich eingestellt worden war. Die juristischen Ergebnisse sind nicht für alle Fälle bekannt, es wird aber eine Tendenz hin zu höheren Haftstrafen (auch im Rahmen der verdrängten oder verleugneten Schwangerschaft) deutlich.

Einige Problembereiche sollen noch einmal hervorgehoben werden:

Die Häufigkeit und Besonderheit von Störungen post partum wird oft nicht beachtet. Infolge der biologischen Veränderungen und der damit verbundenen Vulnerabiltät ist es die Zeit des größten Risikos für Frauen, psychiatrisch zu erkranken. Wissow (1998) berichtet, dass 10–15 % der Mütter eine postpartale Major Depression erleiden, 30–40 % aber über depressive Symptome klagen, die oft nicht zum Arzt führen, Haapasalo und Petäjä (1999) gaben 10 % Wochenbettdepressionen an.

Chandra et al. (2002) untersuchten 50 indische Frauen, die an einer schweren postpartalen psychiatrischen Störung litten, auf Gedanken und mögliches Verhalten bezogen auf Kindstötungen. Im Ergebnis gaben 43 % der Mütter an,

Tötungsideen gehabt zu haben, 36 % berichteten von entsprechenden Handlungen, 34 % von beidem. In einer logistischen Regressionsberechnung sagten das Vorhandensein einer Depression und von psychotischen Gedanken über das Kind Infantizid-Ideen voraus, Infantizid-Verhalten wurde allein durch psychotische Gedanken zum Kind vorherbestimmt. Gerade wenn die Mütter ein Mädchen hatten, waren diese Gedanken und das Verhalten besonders häufig.

Andererseits fanden Laporte et al. (2005) für Quebec (Kanada) keine Unterschiede zwischen den Müttern, die einen Sohn oder eine Tochter töteten. Die gleiche Arbeitsgruppe berechnete ein Modell zum Verhältnis des Geschlechts der Täter und der Opfer sowie zur Motivation und Art der Tötung. Letztlich ergab sich eine statistische Signifikanz nur für das Tötungsmotiv und die Tötungsart. Mütter und Väter töteten aus altruistischen Motiven heraus eher ein Mädchen, dann auch meist brutal. Väter töten allerdings weniger häufig aus altruistischen Motiven als Mütter (Tzoumakis et al. 2005).

Besonders häufig ergeben sich überhaupt zunehmende Risiken für das Kind, wenn bei den Eltern neben den depressiven Symptomen hypochondrische Befürchtungen und suizidale Gedanken bei vorhandener familiärer Belastung auftreten (Bourget und Bradford 1987, Bourget und Bradford 1990, Lewis und Bunce 2003). Diese werden oft von den behandelnden Ärzten und Psychiatern übersehen, wie dies auch bei einigen unserer Fälle geschah. Wenn also zu einer depressiven Störung auffällige Persönlichkeitszüge hinzukommen, eine gestörte Beziehung zum Kind auffällt sowie eine Schwierigkeit, mit Aggressivität umzugehen, können die suizidalen Tendenzen als erweiterter Suizid gegen das Kind durchschlagen.

Als weitere spezifische Symptome sind zu nennen: psychotisches Erleben, verbunden mit Agitation, Hypochondrie, wahnhaftes Erleben von Sündhaftigkeit und Selbstvorwürfen, sexuelle Funktionsstörungen, Angst und Überbesorgtheit um die kindliche Gesundheit und die Verfassung sowie das Aussehen (Bourget und Bradford 1987, Bourget und Bradford 1990, Haapasalo und Petäjä 1999, Hirose 1979, Lamott und Pfäfflin 2001, Lewis und Bunce 2003, McKee und Shea 1998, Nowara 1993, Rodenburg 1971, Rosenbaum und Bennett 1986, Somander und Rammer 1991). Die Überorientierung der Mütter an ihrer sozialen Rollenerwartung (so genanntes hypernomisches Motiv) verstärkt insbesondere das Erleben von Versagen sowie die Schuldgefühle; die Mütter sind nicht in der Lage, dies zu reflektieren und Hilfe zu suchen (Okumura und Kraus 1996, Stanton et al. 2000). In der Regel wird aber gerade der „altruistische Filizid" der Gruppe der schwer psychiatrisch Kranken zugeordnet (Haapasalo und Petäjä 1999, Resnick 1969, Stanton et al. 2000). Frauen, die einen Filizid begingen, litten in hoher Zahl an schweren psychiatrischen Erkrankungen, waren arbeitslos, hatten keine Delinquenzvorgeschichte und betrieben keinen Substanzmissbrauch (Holden et al. 1996, McKee et al. 2001). Dabei benutzen psychotische Frauen im Rahmen der Tötungshandlung häufiger Waffen als nicht-psychotische (Lewis et al. 1998, Lewis und Bunce 2003, Silverman und Kennedy 1988). Auch hierfür fand sich ein Beispiel in unserer Stichprobe.

Marleau (2003) konnte dies auch in einer gemischten Studie bestätigen (39 Männer, 4 Frauen), alle hatten als Erwachsene Elternmorde begangen, waren zum Tatzeitpunkt psychotisch und nutzten zu 81 % Waffen zur Tatausführung.

Frauen, die einen Neonatizid begingen, sind dagegen eher weniger häufig mit psychologischen Problemen behaftet, jünger, unverheiratet und von ihrer Primärfamilie abhängig; sie verleugnen oder verdrängen ihre Schwangerschaft (Gerchow 1957, Haapasalo und Petäjä 1999, Resnick 1970). Eine Suizidalität liegt bei diesen Frauen in der Regel nicht vor (Haapasalo und Petäjä 1999).

In einigen Studien wird dagegen berichtet, dass Männer zwar ebenfalls in hoher Zahl psychiatrische Diagnosen zuerkannt bekommen, aber weniger oft psychotisch krank sind, sondern Suchtprobleme, Persönlichkeitsstörungen und vielfältige entwicklungsbedingte Auffälligkeiten und aktuelle Konfliktkonstellationen aufwiesen (Bourget und Gagné 2005, Brewster et al. 1998, Campion et al. 1988, Marleau et al. 1999). Eingeschlossen sind dabei neurologische und psychiatrische Störungen in der Kindheit, erlittene körperliche oder sexuelle Gewaltübergriffe, frühe Trennung von den Eltern, aggressives Verhalten in der Kindheit mit entsprechendem Behandlungsversuch. Im Allgemeinen handelt es sich bei Filiziden um Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Standard und damit geringer sozialer Absicherung und vielen stresshaft erlebten Konflikten (Briggs und Cutright 1994). Diese Konstellationen konnten wir bei unserer Klientel seltener finden.

Wir konnten in unsere Untersuchung auch zwei väterliche Kindstötungen unter besonderen Aspekten einschließen, zum einen einen Familizid, zum anderen einen Filizid eines Lebenspartners. Die Häufigkeit der Tötungen von leiblichen, genetischen Vätern und Partnern unterscheidet sich nicht (Daly und Wilson 1994). Allerdings sind tötende Stiefväter selten anschließend suizidal, Familizide begehen fast ausschließlich Männer, letztlich aus zwei Motiven heraus. Eine Gruppe bilden die Täter, die eine mögliche oder befürchtete Trennung nicht ertragen können oder einen vermeintlichen Seitensprung der Partnerin fehlverarbeiten. Das zweite Kollektiv schließt die depressiven und grüblerischen Männern ein, die ein großes Unglück für sich und die Familie befürchten und deren Ausweg nur in der Tat mit anschließendem eigenen Suizid liegt (Wilson et al. 1995). Unsere beiden Fälle (s. Schläfke et al. 2003) lassen sich allerdings nicht mit Sicherheit in diese Kategorien einordnen, zumindest der Familizid begehende Mann trifft am ehesten die Beschreibung von Wilson et al. (1995).

In unseren kasuistischen Beispielen wurde keine eigene körperliche, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung von den Tätern berichtet. In den USA scheint sie besonders hoch, wird aber auch regelmäßig in anderen Studien berichtet und als spätere Rekonstruktion eigener Beziehungserfahrungen in der Erwachsenenphase gewertet, die auch zu körperlicher Gewalt und Tötungshandlungen führt (Haapasalo und Petäjä 1999, Nowara 1993, Lamott et al. 1998, Lamott und Pfäfflin 2001, Simpson und Stanton 2000, Spinelli 2001, Stanton und Simpson 2002, Stanton und Simpson 2006).

In der Arbeit von Lamott und Pfäfflin (2001) wurde allerdings als Unterscheidungsmerkmal von Frauen, die ihre Partner oder ihre Kinder getötet hatten, herausgearbeitet, dass gerade die Täterinnen mit Tötungshandlungen an Erwachsenen eher körperliche Misshandlungen und sexuellen Missbrauch erfahren hatten, während kindstötende Mütter vor allem den Verlust wichtiger Bezugspersonen erlebt hatten oder durch depressive und suizidale Mütter traumatisiert wurden.

Viele Kinder hatten bereits in ihrer Vorgeschichte Misshandlungen erlebt, allerdings meist nicht von psychotischen Müttern, Lyman et al. 2003 geben 53 % an (Brewster et al. 1998, Hollander 1986a, Hollander 1986b, Somander und Rammer 1991, Vanamo et al. 2001). Brewster et al. (1998) berichteten, dass sie daneben gehäuft kolikartige Beschwerden bei den späteren Opfern (Infantizide) fanden, die von den Eltern nicht angegeben und offenbar im Rahmen des körperlichen Missbrauchsverhaltens durch diese fehlinterpretiert wurden.

Insbesondere, wenn diese Misshandlungen bereits zur Herausnahme des Kindes aus dem elterlichen Milieu geführt hatten, sollte das hohe Risiko eines schweren erneuten körperlichen Übergriffes auf das Kind mit Todesfolge bedacht werden.

Hollander (1986a, 1986b) gibt im Sinne einer besonderen Überprüfung dieser Eltern Verhaltenshinweise für Behörden. Z. B. sollte an fest etablierten Prozeduren für die Rückkehr festgehalten werden, die Verursacher der Misshandlung psychiatrisch diagnostiziert und ggf. psychotherapiert werden, die Beamten mit dem Problem der kindlichen Misshandlung vertraut sein und die Behörden entsprechende Informationen zu den Betroffenen austauschen. Die Prävention von Kindestötungen scheint aber insgesamt sehr schwierig zu sein.

Christoffel et al. (1983), Marleau et al. (1995, 1999), Pitt und Bale (1995) sowie Spinelli (2001) fokussieren ihre Präventionsempfehlungen auf Aufklärungsprogramme in der Gesellschaft und Fortbildung in bestimmten Berufsgruppen (Hausärzte, Psychiater, Pädiater, Gynäkologen, Psychologen, Sozialarbeiter, Kriminologen), um die Sensibilisierung für diese Fragen zu erhöhen. Dabei geht es natürlich insbesondere darum, depressive und psychotische Symptome zu erkennen und einer adäquaten Behandlung zuzuführen.

Sollten während früherer Krankheitsepisoden bereits erweiterte Suizidgedanken oder auf das Kind gerichtete Gewaltphantasien bestanden haben, muss fast immer bei erneuten Erkrankungsepisoden mit ähnlichen Symptomen gerechnet werden und ggf. eine stationäre Behandlung eingeleitet werden (Bourget und Bradford 1990, Guileyardo et al. 1999, Resnick 1969).

Eine Behandlung der Täter gestaltet sich besonders schwierig, da nach Abklingen der Grunderkrankung Schuldgefühle und Suizidtendenzen auftreten und vordergründig die erlebten erschreckenden psychotischen Inhalte zu bearbeiten sind, Psychoedukation auch zur Vermittlung des Zusammenhangs von Erkrankung und Straftat im Mittelpunkt stehen muss (Stanton und Simpson 2006).

Väter mit nachfolgendem Filizid hatten vorher allerdings überwiegend keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen. In anderen Fällen (z. B. bei Neonatiziden) gab es vielfältige Kontakte zu Allgemein-Medizinern, Sozialdiensten und sogar Psychiatern. McKee et al. (2001), Pitt und Bale (1995) sowie Resnick (1969) fanden sogar bei den untersuchten Frauen 40 % dieser Konsultationen kurz vor der Tat (etliche solcher Beispiele sahen auch wir). Wilczynski (1997) berichtete über hohe Kontaktraten von Müttern (meist zu medizinischen Stellen) und Vätern (zu Sozialbehörden), wobei in vielen Fällen auch eine Missbrauchshandlung gegen die späteren kindlichen Opfer im Raum stand. Die betreuenden Sozialarbeiter beschäftigten sich oft eher mit allgemeinen Angelegenheiten der Familie zur Lebensbewältigung und übersahen die Gefahr für das Kind. Hier könnten spezielle psychiatrische Interviews und Schulungen, die auf solche Fragen fokussieren, hilfreich sein.

Einen präventiven Einfluss auf die Rate der Neonatizide hatte in vielen Ländern die Legalisierung der Aborte (Interruptiones) (Somander und Rammer 1991).

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass aus forensisch-psychiatrischer Sicht die Beurteilung von Tätern/Täterinnen, die eine Kindestötung begangen haben, insofern schwierig ist, als es sich um ein sehr komplexes Geschehen handelt. In Lehrbüchern der forensischen Psychiatrie wird das Thema kaum oder nur kurz behandelt.

Wir würden als Ergebnis der Gegenüberstellung eigener Erfahrungen und den Befunden der Literatur die in Tabelle 12 folgende Bearbeitungsweise und Klassifikation vorschlagen.

Tab. 12 Verfahrensweise zur Klassifikation von Tatkonstellationen zur Einschätzung der Kriminalprognose

Klassifikationstyp	Beschreibung	Unterkategorie der Beschreibung	Zuordnung zum Eingangsmerkmal §§ 20/21 StGB	Beurteilungskriterium	Bewertung der Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit
Psychiatrische Erkrankung	im Sinne einer tatzeitbezogenen ICD-10-Diagnose	liegt vor oder nicht	möglich oder nicht	psychopathologische Beschreibung der Schwere	erhalten, vermindert, aufgehoben
Komorbide Störung	Tatzeitdiagnose gemäß ICD-10	liegt vor oder nicht	möglich oder nicht	psychopathologische Beschreibung der Schwere	erhalten, vermindert, aufgehoben
Persönlichkeitsstörung	Diagnose gemäß ICD-10	liegt vor oder nicht	möglich oder nicht	psychopathologische Beschreibung der Schwere (Psychodiagnostik!)	erhalten, vermindert, aufgehoben
Tötungsmotiv	nach Guileyardo et al. 1999	erfassbar oder nicht	möglich oder nicht	Beschreibung im Sinne konstellativer Bedingung	erhalten, vermindert, aufgehoben
Konstellative Faktoren	nach Bourget und Gagné 2002, 2005 und anderen	■ begleitender Suizid ■ Alkohol- und/oder Substanzgebrauch bzw. Rauschzustand ■ Stress- und/oder Konfliktsituation ■ andere	möglich oder nicht	Beschreibung im Sinne konstellativer Bedingung	erhalten, vermindert, aufgehoben

Unter dieser Verfahrensweise dürfte die Vielzahl der Tatkonstellationen zu erfassen und zu beurteilen sein, nachfolgend wäre die Kriminalprognose einzuschätzen.

Literaturverzeichnis

Aderibigbe YA. Violence in America: A Survey of Suicide Linked to Homicides. J Forensic Sci 42 1997: 662–665.

Bauermeister M. Die Tötung Neugeborener unter der Geburt (Kindstötung § 217 StGB) – Eine bundesweite Verbundstudie für die Jahre 1980–1989. Kiel, Dissertation, Chr.-Albrechts-Universität 1994.

Bourget D, Bradford JMW. Affective Disorder and Homicide: A Case of Familial Filicide Theoretical and Clinical Considerations. Can J Psychiatry 32 1987: 222–225.

Bourget D, Bradford JM. Homicidal Parents. Can J Psychiatry 35 1990: 233–238.

Bourget D, Labelle A. Homicide, Infanticide, and Filicide. Psychiatr Clin North Am 15 1992: 661–673.

Bourget D, Gagné P. Maternal Filicide in Québec. J Am Acad Psychiatry Law 30 2002: 345–351.

Bourget D, Gagné P. Peternal Filicide in Québec. J Am Acad Psychiatry Law 33 2005: 354–360.

Brookman F, Nolan J. The dark figure of infanticide in England and Wales: Complexities of diagnosis. J Interpersonal Violence 21 2006: 869–889

Brewster AL, Nelson JP, Hymel KP, Colby DR, Lucas DR, McCanne TR, Milner JS. Victim, Perpetrator, Family, and Incident Characteristics of 32 Infant Maltreatment Deaths in the United States Air Force. Child Abuse Negl 22 1998: 91–101.

Briggs CM, Cutright P. Structural and Cultural Determinants of Child Homicide: A Cross-National Analysis. Violence Vict 9 1994, 3–16.

Burgheim J. Besonderheiten weiblicher Tötungsverbrechen. MschrKrim 77 1994: 232–237.

Campion JF, Cravens JM, Covan F. A Study of Filicidal Men. Am J Psychiatry 145 1988: 1141–1144.

Chandra PS, Venkatasubramanian G, Thomas T. Infanticidal Ideas and Infanticidal Behavior in Indian Women with Severe Postpartum Psychiatric Disorders. J Nerv Ment Dis 190 2002: 457–461.

Christoffel KK, Liu K. Homicide death rates in childhood in 23 developed countries: U.S.rates atypically high. Child Abuse Negl 7 1983: 339–345.

Christoffel KK., Anzinger NK, Amari M. Homicide in childhood. Distinguishable patterns of risk related to developmental levels of victims. Am J Forensic Med Pathol 4 1983: 129–137.

Copeland AR. Homicide in childhood. The Metro-Dade County experience from 1956 to 1982. Am J Forensic Med Pathol 6 1985: 21–24.

Daly M, Wilson MI. Some Differential Attributes of Lethal Assaults on Small Children by Stepfathers versus Genetic Fathers. Ethology Sociobiology 15 1994: 207–217.

D'Orban PT. Women who kill their children. Br J Psychiatry 134 1979: 560–571.

Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors Associated With Homicide Recidivism in a 13-Year Sample of Homicide Offenders in Finland. Psychiatric Services 47 1996: 403–406.

Flaig C. Gerichtsmedizinische Betrachtung zur Kindstötung im Wandel der Gesellschaftsstruktur. Universität Tübingen, Diss., 1976.

Fornes P, Druilhe L, Lecomte D. Childhood Homicide in Paris, 1990–1993: A Report of 81 Cases. J Forensic Sci 40 1995: 201–204.

Frick V. Die Kindestötung im deutschen und englischen Recht. Aachen, Shaker 1995.

Gerchow J. Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen. Ein Beitrag zum Problem der abartigen Erlebnisreaktionen. Carl Marhold: Halle 1957.

Guileyardo JM, Prahlow JA, Barnard JJ. Familial Filicide and Filicide Classification. Am J Forensic Med Pathol 20 1999: 286–292.

Haapasalo J, Petäjä S. Mothers Who Killed or Attempted to Kill Their Child: Life Circumstances, Childhood Abuse, and Types of Killing. Violence Vict 14 1999: 219–239.

Hatters Friedman S, McCue Horwitz S., Resnick PJ. Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. Am J Psychiatry 162 2005a, 1578–1587.

Hatters Friedman S, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-Suicide. Common Factors in Parents Who Kill Their Children and Themselves. J Am Acad Psychiatry Law 33 2005b: 496–504.

Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns Killed or Left to Die By a Parent. A Population-Based Study. JAMA 289 2003, 1425–1429.

Hirose S. Depression and homicide. A psychiatric and forensic study of four cases. Acta psychiat scand 59 1979: 211–217

Hirschmann J, Schmitz E. Strukturanalyse der Kindsmörderin. Z Psychotherapie med Psychol 8 1958: 1–20.

Holden CE, Burland AS, Lemmen CA. Insanity and Filicide. Women Who Murder Their Children. New Dir Ment Health Serv 69 1996: 25–34.

Hollander N. Homicides of Abused Children Prematurely Returned Home. Forensic Sci Int 30 1986a: 85–91.

Hollander N. Physical abuse as a predictor of child homicide. Tex Med 82 1986b: 21–23.

Höynck T, Görgen T. Tötungsdelikte an Kindern. soFid Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie 2 2006: 9–42.

Jason J. Child Homicide Spectrum. Am J Dis Child 137 1983: 578–581.

Jason J. Centers for Disease Control and the Epidemiology of Violence. Child Abuse & Neglect 8 1984: 279–283.

Kaye NS. Infanticide. Am J Psychiatry 162 2005: 1228–1229.

Kline Pruett M. Commentary: Pushing a New Classification Schema for Perpetriators of Maternal Filicide One Step Further. J Am Acad P sychiatry Law 30 2002: 352–354.

Lamott F, Pfäfflin F, Ross T, Sammet N, Weber M, Frevert G. Trauma, Beziehung und Tat. MschrKrim 81 1998, 235–245.

Lamott F, Pfäfflin F. Bindungspräsentationen von Frauen, die getötet haben. MschrKrim 84 2001: 10–24.

Laporte, L, Poulin, B, Marleau, J, Roy, R, Webanck, T. Filicidal Women: Jail or Psychiatric Ward? Can J Psychiatry 48 2003: 94–98.

Laporte L, Tzoumakis S, Marleau JD, Allaire JF. Sex of victims in maternal filicide. Psychol Rep 96 2005: 637–643.

Lewis CF, Baranoski MV, Buchanan JA, Benedek EP. Factors Associated with Weapon Use in Maternal Filicide. J Forensic Sci 43 1998: 613–618.

Lewis CF, Bunce SC. Filicidal Mothers and the Impact of Psychosis on Maternal Filicide. J Am Acad Psychiatry Law 31 2003: 459–470.

Lyman JM, McGwin G, Malone DE, Taylor AJ, Brissie RM, Davis G, Rue LW. Epidemiology of child homicide in Jefferson County, Alabama. Child Abuse Negl 27 2003: 1063–1073.

Marks MN, Kumar R. Infanticide in England and Wales. Med Sci Law 33 1993: 329–339.

Marks MN, Kumar R. Infanticide in Scotland. Med Sci Law 36 1996: 299–305.

Marleau JD. Methods of Killing Employed by Psychotic Parricides. Psychological Reports 93 2003: 519–520.

Marleau JD, Roy R, Laporte L, Webanck T, Poulin B. Homicide d’enfant commis par la mere. Can J Psychiatry 40 1995: 142–149.

Marleau JD, Poulin B, Webanck T, Roy R, Laporte L. Paternal Filicide: A Study of 10 Men. Can J Psychiatry 44 1999, 57–63.

Marleau JD, Dube M, Leveillee S. Neonaticidal mothers: are more boys killed? Med Sci Lae 44 2004: 311–316.

Marneros A. Kindestötung: Zur Frage der Schuldfähigkeit nach „negierter“ Schwangerschaft. MschrKrim 81 1998: 173–179.

Marneros A. Affekttaten und Impulstaten. Forensische Beurteilung von Affektdelikten. Stuttgart, Schattauer 2007.

McKee GR, Shea SJ. Maternal Filicide: A Cross-National Comparison. J Clin Psychol 54 1998: 679–687.

McKee GR, Shea SJ, Mogy RB, Holden CE. MMPI-2 Profiles of Filicidal, Mariticidal, and Homicidal Women. J Clin Psychol 57 2001: 367–374.

Mendlowicz MV, Rapaport MH, Mecler K, Golshan S, Moraes TM. A Case-Control Study on the Socio-Demographic Characteristics of 53 Neonaticidal Mothers. Internat J Law Psychiatry 21 1998: 209–219.

Mendlowicz MV, Rapaport MH, Fontenelle L, Jean-Louis G., De Moraes TM. Amnesia and Neonaticide (Letter). Am J Psychiatry 159 2002: 498.

Nowara S. Psychisch kranke Straftäter. In: Leygraf, N, Volbert, R, Horstkotte, H, Fried, S. (Hrsg.) Die Sprache des Verbrechens. Wege zu einer klinischen Kriminologie (Festschrift W. Rasch). Kohlhammer, Stuttgart 1993: 266–275.

Okumura Y, Kraus A. Zwölf Patientinnen mit erweiterter Selbsttötung – Psychologie, Persönlichkeit, Motivation, Vorgeschichte und psychosoziale Konfliktsituation. Fortschr Neurol Psychiat 64 1996: 184–191.

Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti LB, Berendes HW. Risk Factors for Infant Homicide in the United States. N Engl J Med 339 1998: 1211–1216.

Pelliccia R. Kindstötung – Erklärungsansätze und präventive Aufgaben der Sozialarbeit. Diplomarbeit. Fachhochschule Nordostniedersachsen, Fachbereich Sozialwesen, Lüneburg 2000.

Pitt SE, Bale EM. Neonaticide, Infanticide, and Filicide: A Review of the Literature. Bull Am Acad Psychiatry Law 23 1995: 375–386.

Ponsold A. Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. 3. Aufl. Stuttgart, Thieme 1967.

Poulin B, Marleau JD, Jolivet J. Maternal Filicide: Classification and Risk Factors. Am J Forensic Psychol 24 2006: 57–71.

Putkonen H, Collander J, Honkasalo M-J, Lönnqvist J. Finnish female homicide offenders 1982–92. J Forensic Psychiatry 9 1998: 672–684.

Putkonen H, Collander J, Honkasalo M-J, Lönnqvist J. Personality disorders and psychoses form two distinct subgroups of homicide among female offenders. J Forensic Psychiatry 12 2001, 300–312.

Putkonen, H, Komulainen, E, Virkkunen, M, Lönnqvist, J. Female homicide offenders have greatly increased mortality from unnatural deaths. Forensic Sci Internat 119 2001: 221–224.

Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of Repeat Offending Among Violent Female Offenders With Psychotic and Personality Disorders. Am J Psychiatry 160 2003: 947–951.

Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, Santtila P, Eronen M. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought – neonaticides in Finland 1980–2000. Arch Womens Ment Health 10 2007: 15–23.

Raic D. Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern. Soziobiographische, motivationale und strafrechtliche Aspekte. Dissertation, Bonn 1997.

Resnick PJ. Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. Am J Psychiatry 126 1969: 325–334.

Resnick PJ. Murder of the Newborn: A Psychiatric Review of Neonaticide. Am J Psychiatry 126 1970: 1414–1420.

Resnick PJ, Hatters Friedman S. Book Review about „Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill“, ed. by M. G. Spinelli. Psychiatric Services 54 2003: 1172.

Rodenburg M. Child Murder by Depressed Parents. Can Psychiatr Assoc J 16 1971: 41–48.

Rosenbaum M, Bennett, B. Homicide and Depression. Am J Psychiatry 143 1986: 367–370.

Rougé-Maillart C, Jousset N, Gaudin A, Bouju B, Penneau M. Women Who Kill Their Children. Am J Forensic Med Pathol 26 2005: 320–326

Saleva O, Putkonen H, Kiviruusu O, Lönnqvist J. Homicide-suicide – An event hard to prevent and separate from homicide or suicide. Forensic Sci Internat 166 2007: 204–208.

Saunders E. Neonaticides Following „Secret“ Pregnancies: Seven Case Reports. Public Health Reports 104 1989: 368–372.

Schläfke D, Galleck KF, Höppner J, Häßler F. Zur Problematik von Neonatiziden und Filiziden. In: Häßler, F, Rebernig, E, Schnoor, K, Schläfke, D, Fegert, JM. (Hrsg.) Forensische Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Aspekte der forensischen Begutachtung. Schattauer, Stuttgart, New York 2003: 81–102.

Scott PD. Parents who kill their children. Med Sci Law 13 1973: 120–126.

Silva JA, Leong GB. Letter to Bourget and Gagné. J Am Acad Psychiatry Law 31 2003: 143–144.

Silverman RA, Kennedy LW. Women Who Kill Their Children. Violence Vict 3 1988: 113–127.

Simpson AIF, Stanton J. Maternal filicide: a reformulation of factors relevant to risk. Crim Behav Mental Health 10 2000: 136–147.

Somander LKH, Rammer LM. Intra- and extrafamilial child homicide in Sweden 1971–1980. Child Abuse Negl 15 1991: 45–55.

Spinelli MG. A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide. Am J Psychiatry 158 2001: 811–813.

Spinelli MG. Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. Am J Psychiatry 161 2004: 1548–1557.

Spinelli MG. Infanticide: contrasting views. Arch Womens Ment Health 8 2005: 15–24.

Stanton J, Simpson A, Woulders T. A Qualitative Study of Filicide by Mentally Ill Mothers. Child Abuse Negl 24 2000: 1451–1460.

Stanton J, Simpson A. Murder misdiagnosed as SIDS: a perpetrator's perspective. Arch Dis Child 85 2001: 454–459.

Stanton J, Simpson A. Filicide: A review. Internat J Law Psychiatry 25 2002: 1–14.

Stanton J, Simpson AIF. The Aftermath: Aspects of Recovery Described by Perpetrators of Maternal Filicide Committed in the Context of Severe Menatl Illness. Behav Sci Law 24 2006: 103–112.

Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric Disorders and Homicide Recidivism. Am J Psychiatry 151 1994: 436–438.

Tzoumakis S, Dubé M, Marleau JD, Léveillée S. Sex of the Offender, Sex of the Victim, and Motivation in Filicidal Situations in Quebec. Can J Psychiatry 50 2005: 126.

Vanamo T, Kauppi A, Karkola K, Merikanto J, Räsänen E. Intra-familial child homocide in Finland 1970–1994: incidence, causes of death and demographic characteristics. Forensic Sci Int 117 2001: 199–204.

Weber J. Motivationsvielfalt beim Filizid. MschrKrim 72 1989: 169–175.

Weizmann-Henelius G, Viemerö V, Eronen M. Psychopathy in Violent Female Offenders in Finland. Psychopathology 37 2004: 213–221.

Weizmann-Henelius G, Koenraadt F, Liem M, Castaño Henao B, Almiron M, Folino J. Filicide – International Perspectives. Symposion on 6th Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services. June 14–16 2006 Amsterdam.

Wessel J, Dudenhausen JW, Schönegg W, Schmidt-Gollwitzer K. Abgewehrte Schwangerschaftswahrnehmung. Zum Bild der Schwangerschaftsverdrängung. Münch med Wschr 132 1990: 376–380.

Wessel J, Platz WE, Schneider V. Rechtsmedizinische, psychiatrische und geburtsmedizinische Aspekte bei der Kindstötung nach Schwangerschaftsverdrängung – eine Übersicht anhand einer Kasuistik. Rechtsmedizin 9 1998, 1–8.

Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy: population based study. MBJ 324 2002: 458.

Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. Acta Obstet Gynecol Scand 81 2002: 1021–1027.

Wessel J, Endrikat J, Kästner R. Projektive Identifizierung und Schwangerschaftsverdrängung – Überlegungen zu Ursachen und Hintergründen der auch ärztlicherseits nicht erkannten Schwangerschaft. Z Geburtsh Neonatol 207 2003: 48–53.

Wilczynski A. The incidence of child homicide: how accurate are the official statistics? J Clin For Med1 1994: 61–66.

Wilczynski A. Prior Agency Contact and Physical Abuse in Cases of Child Homicide. Br J Social Wk 27 1997: 241–253.

Wille J, Beier KM. „Verdrängte" Schwangerschaft und Kindestötung: Theorie – Forensik – Klinik. Sexuologie 2 1994: 75–100.

Wilson M, Daly M, Daniele A. Familicide: The Killing of Spouse and Children. Aggressive Behavior 21 1995: 275–29.

Wissow LS. Infanticide. N Engl J Med 339 1998: 1239–1241.

10 Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Plötzlichem Säuglingstod (SID), Infantizid und Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang

Frank Häßler, Henryk Zamorski, Steffen Weirich

10.1 Einleitung

Eine der unangenehmsten Aufgaben eines Arztes ist wohl das Feststellen des Todes – insbesondere wenn es sich dabei um ein Kind bzw. sogar einen Säugling handelt. Neben natürlichen kann der Tod jedoch auch unnatürliche Ursachen haben, zu deren Aufklärung Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen beitragen.

Laut Polizeilicher Kriminalstatistik der BRD (www.bka.de) waren unter den Opfern von Tötungsdelikten im Jahre 2005 109 Kinder (unter 14 Jahren). Für die folgenden Betrachtungen spielen die vier im Zusammenhang mit Sexualdelikten ermordeten Kinder keine oder eine nur untergeordnete Rolle. Da in der PKS keine Differenzierung in Altersgruppen wie Säugling (Neonatizid) oder Kleinstkind im 1. Lebensjahr (Infantizid) vorgenommen wird, existieren diesbezüglich keine verlässlichen deutschen Zahlen. In den USA liegt die Inzidenz von Kindstötungen bei 8,0 auf 100.000 Kinder im 1. Lebensjahr. Mit 2,9 Infantiziden auf 100.000 beträgt die Prävalenz in Kanada weniger als die Hälfte von der der USA (Hatters Friedman et al. 2005). In den USA sind Kindstötungen die 4.-häufigste Todesursache im Vorschul- und die 3.-häufigste im Schulalter (Hatters Friedmann et al. 2005).

Tab. 13 Kinder als Opfer von Tötungsdelikten (PKS 2005)

Delikt	Gesamtzahl	Kinder/Anteil
Mord	413	35 (8,5 %)
Mord im Zusammenhang mit Sexualdelikten	14	4 (28,6 %)
Totschlag	456	45 (9,9 %)
Körperverletzung mit Todesfolge	175	25 (14,3 %)

Da sich nicht selten hinter der Beschreibung Plötzlicher Säuglingstod (SID) ein unnatürlicher Tod (Tötung oder Unfall) verbirgt, ist es wichtig, SID in die differentialdiagnostischen Erwägungen mit einzubeziehen. Insbesondere bei familiären Häufungen von SID Fällen ist bei Abweichungen von SID–typischen Obduktionsbefunden an ein Tötungsdelikt zu denken. Anlässlich der 7. Internationalen SID Konferenz in Florenz erinnerte Green (2002) an die viel zitierte Aussage Meadows: „One cot death is a tragedy, two are suspicious and three are homicide until proved otherwise."

10.2 Plötzlicher Säuglingstod

Die häufigste post-neonatale Todesursache (im 1. Lebensjahr) in Industrieländern ist der Plötzliche Säuglingstod.

Er ist definiert als plötzlicher, von der Entwicklung des Babys her unerwarteter und durch eine Obduktion nicht erklärbarer Tod (Howard and Hannam 2003). In Deutschland werden die Kriterien „plötzlich", „unerwartet" und „nicht erklärbar" ergänzt durch ein weiteres Kriterium „Versterben im Schlaf" (Kannt und Olbertz 2004). Obwohl das Kriterium „nicht erklärbar" erst nach erfolgter Obduktion zutreffen kann, wird die Diagnose SID häufig auch ohne Obduktion vergeben.

Im Jahr 2002 starben in der BRD von 719.250 Lebendgeburten (Lebensalter vom 8.–365. Tag) 334 Kinder mit der Diagnose Plötzlicher Säuglingstod (Statistisches Bundesamt 2004). Daraus ergibt sich eine Inzidenz für SID von 0,46 auf 1000 Lebendgeborene. 1991 lag die Inzidenz dagegen noch bei 1,55 auf 1000 Lebendgeborene (Kleemann und Bajanowski 2004). Nach der 1992 im UK initiierten Kampagne „back to sleep" sank die Inzidenz bis auf 0.56 auf 1000 Lebendgeborene im Jahre 1998, was für die Bedeutung des Risikofaktors „Schlafen in Bauchlage" spricht (Howard and Hannam 2003).

Nach wie vor gibt es kein ätiologisches Erklärungsmodell für SID. Der SID-Forschung gelang lediglich die Identifizierung von Risikofaktoren (Guntheroth et al. 1990, Oyen et al. 1998, Howard and Hannam 2003, Carpenter et al. 2004, Vennemann et al. 2005). Zu diesen Risikofaktoren zählen auf Seiten des Kindes

ALTE (apparent life threatening event), Bauchlage, Seitenlage, Frühgeburt, obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, zentrale Hypoventilation, nächtliche Krampfanfälle, Herzrhythmusstörungen, Infektionen, angeborene Stoffwechseldefekte, Störungen der Arousalfunktion, gastroösophagealer Reflux, auf Seiten der Mutter postnatale Depressionen, schizophrene Störungen, Substanzmissbrauch, insbesondere starkes Rauchen und auf Seiten der Familie eine Häufung von SID-Fällen sowie ein schlechter sozioökonomischer Status.

Somit ist SID nicht als Krankheitsentität zu betrachten, sondern einzig und allein als das Ergebnis eines natürlichen (biologischen) Prozesses, der mit dem Tod des Säuglings endet. Um einen SID-Verdacht zu bestätigen, darf bei einer Obduktion, die obligat erfolgen sollte, keine verifizierbare Todesursache festgestellt werden.

Somit ist SID eine schlecht operationalisierte Ausschlussdiagnose, die nur dann als Todesursache verwendet werden darf, wenn sich keine alternativen Erklärungen, incl. unnatürlicher Ursachen für den Tod des Kindes finden. Obduktionen werden in Deutschland jedoch nur in 50 % der entsprechenden Fälle durchgeführt (Kleemann et al. 1999). Da damit nicht jeder verstorbene Säugling mit SIDS-Verdacht obduziert wird, kann ein unnatürlicher Tod häufig nicht zweifelsfrei geklärt werden. Hinter bis zu 11 % aller SID-Fälle verbergen sich Infantizide (Stanton and Simpson 2001, Bajanowski et al. 2005).

10.3 Infantizid

Infantizid ist der gebräuchlichste Ausdruck für die Tötung eines Kindes, bezieht sich aber streng genommen nur auf das 1. Lebensjahr. Neben dem Begriff „Infantizid“ existieren weitere Termini wie „Neonatizid“ (Tötung des Säuglings bis 24 Stunden nach der Geburt durch die Mutter), „Filizid“ (Tötung des leiblichen Kindes durch einen Elternteil), „Familizid“ (Tötung von Kind(ern) und Partner(in) durch den (Ehe-)Partner) und „Homizid“ (Tötung eines Kindes im häuslichen Umfeld). Der Anteil der Infantizide an allen Tötungsdelikten schwankt interkulturell und aufgrund der Erfassungsmethoden zwischen 1–2 % in Deutschland und 5–6 % in den USA (Schläfke et al. 2003). Guileyardo et al. (1999) und Hatters Friedman et al. (2005) geben einen umfassenden Studienüberblick über Motive, Tätertypisierungen, Tatbegehungsweisen und Ursachen von Kindstötungen. Nach Resnick (1969) beträgt das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Tätern 2:1. McKee und Shea (1998) kamen in einer kulturvergleichenden Studie u. a. zu den Ergebnissen, dass Täterinnen oft unter psychiatrischen Erkrankungen (Depressionen, Psychosen, suizidale Neigung) leiden und entsprechende Symptome berichten. Männliche Täter würden im Gegensatz zu Frauen eher „härtere“ Tötungsmethoden wählen und Waffen

benutzen (Pitt und Bale 1995). Als den risikoreichsten Zeitabschnitt für das Kind beziffert Resnick (1969) den vierten bis sechsten Lebensmonat.

10.4 Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP)

Eine Ursache für Kindstötungen kann auch ein MSBP sein.

Der Begriff „Münchhausen-Syndrom by proxy" wurde von Meadow (1977) in die wissenschaftliche Literatur eingeführt. In der (neueren) Literatur wird das Syndrom auch mit „artifizielle Störung bei proxy (aSbp)", Münchhausen-by-proxy-Syndrom oder Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom bezeichnet. Die American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) unterscheidet zwischen dem kindseitigen Syndrom – Pediatric Condition Falsification (PCF) und der diagnostischen Kategorie für die Sorgeberechtigten/Betreuer/Eltern – Factitious Disorder by Proxy (FDP) (Schreier 2002). MSBP, der Terminus, der beide Elemente vereint, ist eine Form der Kindesmisshandlung, bei der die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über einen längeren Zeitraum Symptome oder Krankheiten ihres Kindes vortäuschen oder induzieren, was dem Kind zweifelsfrei Schaden zufügt, mit dem es unnötige Krankenhausaufenthalte, eingreifende Untersuchungen und Leiden ertragen muss. Die von Noeker und Keller 2002 publizierten definitorischen Merkmale basieren auf der pädiatrischen Definition nach Rosenberg 1987.

1. Vorliegen eines Beschwerdebildes bei einem Kind, das durch einen Elternteil oder durch einen Erziehungsberechtigten vorgetäuscht und/oder aktiv herbeigeführt wurde.
2. Vorstellung des Kindes zur medizinischen Untersuchung und länger andauernden Versorgung, häufig einhergehend mit multiplen medizinischen Prozessen.
3. Verleugnen des Wissens um die Ursachen des Beschwerdebildes durch die Täterin.
4. Akute Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der Täterin getrennt wird.

In internationalen Studien werden Inzidenzzahlen von bis zu 2,8 auf 100.000 bei unter Einjährigen und mindestens 0,5 auf 100.000 bei unter Sechzehnjährigen berichtet (McClure et al. 1996, Denny et al. 2001). Höhere Dunkelzahlen aufgrund nicht aufgedeckter Fälle können vermutet werden. Bis zu 10 % der betroffenen Kinder sterben und über 50 % entwickeln eine Langzeitmorbidität (Department of Health 2004).

10.5 Zusammenfassung Gemeinsamkeiten und Unterschiede

SID und als SID getarntem Infantizid gemeinsam ist, dass keine äußerlich erkennbaren Todesursachen gefunden werden (müssen) und somit die Gefahr bei einer ungerechtfertigten SIDS-Diagnose besteht, ein Tötungsdelikt zu übersehen (Schläfke et al. 2003). In einer jüngst veröffentlichen Studie der GeSID (German study on Sudden Infant Death Syndrome) werden die Schwierigkeiten bei der differentialdiagnostischen Entscheidung, ob eine natürliche (SID) oder unnatürliche Todesursache (Infantizid) vorliegt, beschrieben (Bajanowski et al. 2005).

Die Begleitumstände der Todesfälle, anamnestische Daten und psychiatrische Untersuchungen der Mütter weisen bei sorgfältiger Analyse neben Gemeinsamkeiten durchaus auch Unterschiede bei Infantiziden, SID und MSBP auf, die in Tabelle 14 dargestellt werden.

Tab. 14 Typische Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei den Müttern, Opfern und Tatbegehungsweisen (Häßler et al. 2007)

	Infantizid (Hatters Friedman et al. 2005, Rouge-Maillart et al. 2005, Lee et al. 2006)	**SID** (Meadow 1999, Mehanni und McDonnell 2000, Howard und Hannam 2003)	**MSBP** (Libow 2000, Bartsch et al. 2003, Noeker 2004)
Gemeinsamkeiten	geringer sozioökonomischer Status, psychosoziale Risiken wie Gewalt- und Missbrauchserfahrungen und elterliche Verlust- und Trennungserlebnisse auf Seiten der Mütter, Suizidalität der Mütter, Tatbegehung durch Ersticken, Vergiften, familiäre Häufungen, höchste Wahrscheinlichkeit des Todes in den ersten 7 Lebensmonaten (außer bei MSBP)		
Unterschiede	unverheiratet, eher jünger (18–26 Jahre), verdrängte oder verheimlichte Schwangerschaft, bei den Eltern oder Verwandten lebend, selten psychiatrische Störung auf der Achse I, Tatbegehung durch Erstechen, Verbrennen, Erschlagen etc., Ablage der Leichen im Müll oder Verstecke, Intervall zwischen letztem Kontakt und Tod unter 2 Stunden, Opfer im 1. Lebensjahr	eher verheiratet bzw. in fester Beziehung, Risikofaktoren auf Seiten des Kindes, häufig psychiatrische Störungen auf der Achse I, Intervall zwischen letztem Kontakt und Tod über 2 Stunden, „Opfer" im 1. Lebensjahr	distanzierte Partnerschaft, vordergründig überbesorgte Mutter (symbiotische Beziehung), Beziehungssuche zum Klinikpersonal, Vortäuschung oder Erzeugung von Symptomen, trotz hoher psycho-pathologischer Vorbelastung selten psychiatrische Störung auf der Achse I, Opfer älter als 12 Monate

Mehanni und McDonnell (2000) stellten die Todesumstände von irischen SIDS-Fällen im Zeitraum von 1994–1997 (N=165) den britischen von Meadow (1999) berichteten Infantiziden (N=81) gegenüber. In knapp drei Vierteln der Infantizid-Familien (72 %) gab es kein älteres, lebendes Geschwisterkind im Vergleich zu den SID-Familien, in denen es zu ca. drei Vierteln (74 %) ein oder mehrere ältere Kinder gab. In immerhin der Hälfte der aufgedeckten Infantizide (48 %) starb vorher schon ein Kind. In Familien, in denen ein Plötzlicher Säuglingstod auftrat, gab es hingegen nur in 5 % der Fälle einen weiteren Todesfall. In den ersten sieben Lebensmonaten starben sowohl 91 % der SID-Kinder als auch 69 % der getöteten. Lediglich 22 % der Säuglinge starben nachmittags oder abends (11:00–22:00 Uhr) an SID, jedoch wurden nahezu drei Viertel (73 %) der Kinder in dieser Zeit getötet. Die meisten Täterinnen (85 %) geben einen Zeitraum von weniger als zwei Stunden zwischen letztmalig lebendig gesehenem und totem Kind an, hingegen nur 30 % der Eltern bei SID. Bei 26 % (SID) respektive 39 % (Infantizid) finden sich Blutspuren in Mund, Nase oder Gesicht. Vorangegangene Apnoen (4 %) oder so genannte ALTE's (2 %) werden in SIDS-Fällen kaum berichtet, im Gegensatz zu 61 % bzw. 36 % bei den Infantiziden. Bei 56 % der Kindstötungen kam es vorher bereits zu Klinikeinweisungen wegen interkurrenten Symptomen, aber nur bei 11 % der SID-Vergleichsgruppe.

10.6 Diskussion

Tritt also der Tod des Säuglings/Kleinstkindes ein, dessen Todesursache unklar ist, sollte eine Obduktion obligat erfolgen. Aber auch den Todesumständen sowie der klinischen Vorgeschichte muss Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Sollte sich – auch ohne äußere Zeichen von Gewaltanwendung – herausstellen, dass es in der Familie kein älteres Geschwisterkind gibt, ein solches verstorben ist oder der Tod zwischen 11:00 und 22:00 Uhr eintrat, könnte das auf einen Infantizid, auch als Folge eines MSBP hinweisen. Ein weiteres Indiz für ein Tötungsdelikt könnte sein, dass die Eltern angeben, den Säugling max. 2 Stunden vor dem Auffinden noch lebendig gesehen zu haben. Außerdem sollte der Arzt misstrauisch werden, wenn bei der Exploration der Krankengeschichte vorhergehende Atemstillstände, ALTE's oder Krankenhauseinweisungen geschildert werden, da dies für einen Plötzlichen Säuglingstod eher untypisch ist, jedoch auf MSBP hindeutet. Weiterhin sollte geprüft werden, ob vor dem Tod viele ambulante und stationäre Behandlungen ohne eindeutige medizinische Indikationen bzw. Befunderhebung erfolgten.

Da sich Todesfälle innerhalb einer Familie sowohl im Rahmen eines MSBP als auch eines SIDS häufen können, hat die genaue Klärung der Todesumstände

präventiven Charakter bezüglich weiterer potenzieller Opfer (Libow 1995, Meadow 1999).

Vor dem Hintergrund der zitierten Vergleichsstudie von Mehanni und McDonnell (2000) sollten die für SID so typischen Risiken wie ALTE und obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom kritischer gesehen werden. Aus präventiven Gründen ist es äußerst wichtig, einem MSBP-Verdacht mit größter Sorgfalt nachzugehen.

Die Bemühungen zur Aufklärung der Todesursache sollten jedoch nicht die Ausmaße einer „Hexenjagd" annehmen, da ein ausgesprochener (unberechtigter) MSBP-Vorwurf eine schwerwiegende Anschuldigung ist, der strafrechtliche Ermittlungen und Anklagen zu Folge haben kann. Rand und Feldman (1999) zeigten anhand von Fallbeispielen MSBP-Fehldiagnosen auf, die teilweise zu Gerichtsverfahren und zu vorübergehendem Sorgerechtsentzug führten. Um bei der MSBP-Diagnose sowohl die Fehler „erster Art" (Übersehen eines MSBP) als auch „zweiter Art" (falsch positive Diagnose) so gering wie möglich zu halten, listeten auch Noeker und Keller (2002) klinische Szenarien auf, die zu einem MSBP-Verdacht führen, aber auch anders interpretiert werden können.

Abschließend sei noch einmal betont, dass eine Obduktion, die genaue Analyse der Todesumstände und die klinische Vorgeschichte des verstorbenen Kindes notwendig sind, um den Tod als natürlich oder unnatürlich im Kontext von Infantizid, SID und MSBP einordnen zu können.

Literaturverzeichnis

Bajanowski T, Vennemann M, Bohnert M., Rauch E, Brinkmann B, Mitchell EA, GeSID Group. Unnatural causes of sudden unexpected deaths initially thought to be sudden infant death syndrome. Int J Legal Med 119 2005: 213–216.

Bartsch C, Riße M, Schütz H, Weigand N, Weiler G. Munchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a spezial forensic challenge. Forensic Sci Int 137 2003: 147–151.

Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, Jorch G, Schreuder P. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Lancet 363 2004: 1558.

Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. J Pediatr Child Health 37 2001: 240.

Department of Health; Safeguarding Children in Whom Illness is Induced or Fabricated by Carers with Parenting Responsibilities; http://www.doh.gov.uk/qualityprotects/info/publications/childprot.htm. 2004: 1–65.

Green M. Should we abandon SIDS as a term? 7. Internationale SIDS Konferenz in Florenz (31.08.–04 .09.2002).

Guileyardo JM, Prahlow JA, Barnard JJ. Familiar Filicide and Filicide Classification. Am J Forensic Med Pathol 20 1999: 286–292.

Guntheroth WG, Lohmann R, Spiers PS. Risk of sudden infant death syndrome in subsequent siblings. J Pediatr 118 1990: 520–524.

Häßler F, Zamorski H, Weirich S. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen plötzlichem Säuglingstod

(SIDS), Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang und Infantizid. Z. für Kinder- und Jugendsychiatr Psychother 35 2007: 237–246.

Hatters Friedman S, McCue Horwitz S, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. Am J Psychiatry 162 2005: 1578–1587.

Howard LM, Hannam S. Sudden infant death syndrome and psychiatric disorder. Br J Psychiat 182 2003: 379–380.

Kannt O, Olbertz D. Der plötzliche Säuglingstod – eine vermeidbare Tragödie? Ärzteblatt MV 14 2004: 49–53.

Kleemann, WJ, Bajanowski, T. Plötzlicher Tod im Säuglings- und Kindesalter. In: Brinkmann, B, Madea, B. (Hrsg.) Handbuch gerichtliche Medizin. Band 1. Springer, Berlin 2004: 1071–1128.

Kleemann WJ., Vock R, Bajanowski T. Obduktionsfrequenz bei plötzlichen Säuglingstodesfällen in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1985 bis 1989. Rechtsmed 7 1999: 72–75.

Lee ACW, Li CH, Kwong NS, So KT. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy – newborn victimisation associated with unwanted motherhood. Hong Kong Med J 12 2006: 61–64.

Libow JA. Munchausen By Proxy Victims In Adulthood: A First Look. Child Abuse Negl 19 1995: 1131–1142.

Libow JA. Child and adolescent illness falsification. Pediatrics 105 2000: 336–342.

McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen Syndrome by Proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. Arch Dis Child 75 1996: 57–61.

McKee GR, Shea SJ. Maternal Filicide: A Cross-National Comparison. J Clin Psychol 54 1998: 679–687.

Meadow, R. Munchausen Syndrome By Proxy. Lancet 2 1977: 343–345.

Meadow R. Unnatural sudden infant death. Arch Dis Child 80 8 1999: 7–14.

Mehanni M, McDonnell M. Infanticide or SIDS, double jeopardy. Arch Dis Child 82 2000: 336.

Noeker M, Keller KM. Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatsschr Kinderheilkd 150 2002: 1357–1369.

Noeker M. Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy. Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie 53 2004: 449–467.

Oyen N, Skjaerven R, Ingens LM Population-based recurrence risk of sudden infant death syndrome compared with other infant and fetal death. Am J Epidemiol 144 1998: 300–305.

Pitt SE, Bale EM. Neonaticide, Infanticide, and Filicide: A Review of the Literature. Bull Am Acad Psychiatry Law 23 1995: 375–386.

Rand DC, Feldman MD. Misdiagnosis of Munchausen Syndrome by Proxy: A Literature Review and Four New Cases. Harvard Rev Psychiatry 7 1999: 94–101.

Resnick PJ. Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. Am J Psychiatry 126 1969: 325–334.

Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse & Neglect 11 1987: 547–563.

Rouge-Maillart C, Jousset N, Gaudin A, Bouju B, Penneau M. Women who kill their children. Am J Forensic Med Pathol 26 2005: 320–326.

Schläfke D, Galleck KF, Höppner J, Häßler F. Zur Problematik von Neonatiziden und Filiziden. In: Häßler F, Rebernig E, Schnoor K, Schläfke D, Fegert JM. (Hrsg.) Forensische Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie: Aspekte der forensischen Begutachtung. Schattauer, Stuttgart 2003: 81–102.

Schreier H. Munchausen by proxy defined. Pediatrics 110 2002: 985–988.

Stanton J, Simpson A. Murder misdiagnosed as SIDS: a perpetrator's perspective. Arch Dis Child 85 2001: 454–459.

Statistisches Bundesamt Deutschland. 2004: http://www.statistik-bund.de.

Vennemann MMT, Findeisen M, Butterfaß-Bahloul T, Jorch G, Brinkmann B, Köpcke W, Bajanowski T, Mitchell EA and the GeSID Group. Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. Acta paediatr 94 2005: 655–660.

Autorenverzeichnis

Carl Christian Deutsch
Landgericht Neubrandenburg
Friedrich-Engels-Ring 15–18
17033 Neubrandenburg

Dr. med. Joachim Gunkel
Dorfstr. 1
24867 Dannewerk

Prof. Dr. med. Frank Häßler
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
am Universitätsklinikum Rostock
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock

Günther Häßler
Usedomer Str. 30
18107 Rostock

Dr. med. habil. Matthias Lammel
Sachverständigenbüro
Altensteinstr. 62
14195 Berlin

Prof. Dr. med. Detlef Schläfke
Klinik für Forensische Psychiatrie
am Universitätsklinikum Rostock
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock

Prof. Dr. med. Rudolf Wegener
Institut für Rechtsmedizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Rostock
St.-Georg-Str. 108
18055 Rostock

Dr. Steffen Weirich
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
am Universitätsklinikum Rostock
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock

Dr. med. Fred Zack
Institut für Rechtsmedizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Rostock
St.-Georg-Str. 108
18055 Rostock

Henryk Zamorski
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
am Universitätsklinikum Rostock
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock